PEDRO GOMES DE ALVARENGA

**Sintomas obsessivo-compulsivos em escolares:
prevalência, dimensões psicopatológicas, agregação
familiar, comorbidades e fatores clínicos associados**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Eurípedes Constantino
Miguel Filho

**São Paulo
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada

Alvarenga, Pedro Gomes de

Sintomas obsessivo-compulsivos em escolares : prevalência, dimensões
psicopatológicas, agregação familiar, comorbidades e fatores clínicos associados /
Pedro Gomes de Alvarenga.-- São Paulo, 2014.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientador: Eurípedes Constantino Miguel Filho.

Descritores: 1.Transtorno obsessivo-compulsivo 2.Sintomas prodrômicos
3.Comorbidade 4.Epidemiologia 5.Criança 6.Psiquiatria infantil

USP/FM/DBD-044/14

*A meus filhos, Julia e Andre;
a meus pacientes;
e a todas as crianças que participaram como sujeitos deste estudo,
dedico esta tese.*

AGRADECIMENTOS

A meu orientador, Professor Doutor Eurípedes Constantino Miguel Filho, pelo estímulo, exemplo e amizade durante os últimos quinze anos;

A meus pais, por sempre me apresentarem os melhores caminhos por meio do amor e do exemplo;

A minha esposa Monica, pela paciência, apoio e companheirismo;

À Professora Doutora Maria Conceição do Rosário pela co-orientação desta tese e calorosa recepção na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UPIA) da UNIFESP durante a minha formação clínica;

Aos Professores Doutores Luís Augusto Rohde, Guilherme Polanczyk, Giovanni Salum e demais membros do INPD pelo modelo de excelência e por permitirem acesso a esse valioso banco de dados;

Ao Professor Doutor Beny Lafer, pela amizade e pelo apoio na pós-graduação;

Ao Professor Doutor James Leckman e a sua esposa Hanna pela calorosa recepção em sua residência nos EUA, berço das primeiras idéias deste projeto;

Aos meus mentores: Purificación Gomez de Alvarenga Bacy Fleitlich, Cláudio Rossi, Maria Conceição do Rosário, Renato Del Sant e Marcos Mercadante (*in memorian*), pelos ensinamentos clínicos;

A Roseli Shavitt, Albina Torres, Leonardo Fontenelle, Idalina Shimoda e a todos os demais colegas do PROTOC e C-TOC, por me fazerem aprimorar, a cada dia, a prática da clínica e pesquisa em transtorno obsessivo-compulsivo;

Aos jovens pesquisadores Alice de Mathis, André Gentil, Marcelo Hoexter, Marcus Zanetti, Pedro Pan e Taís Moriyama pela ajuda na elaboração deste manuscrito, pelo apoio e amizade;

Ao estatístico Raony Cassab, pelo auxílio na aplicação competente das ciências exatas nesta tese.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento da sua publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação.

Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3. ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação – SBD/FMUSP; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com “*List of Journals Indexed in Index Medicus*”.

A versão final à Biblioteca da FMUSP contém todos os anexos impressos. Os exemplares destinados aos membros da banca julgadora contém um CD na contracapa que inclui o anexo D (não-impresso), no sentido evitar gasto excessivo de papel e tornar o exemplar mais fácil de se manusear.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

1 INTRODUÇÃO.....	2
1.1 Considerações Iniciais.....	2
1.2 Definição dos Sintomas Obsessivo-compulsivos.....	3
1.3 Desenvolvimento Normal e Patológico dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos.....	5
1.4 Epidemiologia e Caracterização Fenotípica dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos na Infância e Adolescência	7
1.5 Dimensões Psicopatológicas de Sintomas Obsessivo-compulsivos	11
1.6 Agregação Familiar das Dimensões de Sintomas Obsessivo-Compulsivos	12
1.7 Lacunas na Literatura e Justificativas para o Presente Estudo.....	15
1.8 Execução do Estudo: Duas Etapas	16
2 OBJETIVOS DO ESTUDO	18
2.1 Objetivos da Etapa I.....	18
2.2 Objetivos da Etapa II.....	19
3 HIPÓTESES DO ESTUDO.....	21
3.1 Hipóteses da Etapa I.....	21
3.2 Hipóteses da Etapa II	22
4 MÉTODO	24
4.1 Detalhamento: Etapa I.....	26
4.1.1 Participantes do Estudo	26
4.1.2 Coleta de dados	27
4.1.3 Instrumentos de Avaliação	27
4.1.4 Desfechos e Fatores Associados de Interesse	28

4.1.5 Análise Estatística	30
4.2 Detalhamento: Etapa II	31
4.2.1 Participantes	31
4.2.2 Coleta de Dados	32
4.2.3 Instrumentos de Avaliação	33
4.2.4 Desfechos e Fatores Associados de Interesse	35
4.2.5 Análise Estatística	37
4.3 Considerações Éticas.....	39
5 RESULTADOS.....	41
5.1 Resultados da Etapa I.....	41
5.1.1 Prevalência de SOC e de suas Dimensões Psicopatológicas	42
5.1.2 Agregação Familiar	43
5.1.3 Comparação entre crianças com e sem SOC.....	46
5.2 Resultados da Etapa II.....	47
5.2.1 Perfil Sociodemográfico.....	47
5.2.2 Características fenotípicas dos SOC	48
5.2.3 Comorbidades e Padrões de Comportamento	50
5.2.4 Fatores associados.....	53
6 DISCUSSÃO.....	55
6.1 Discussão da Etapa I	55
6.2 Discussão da Etapa II.....	62
6.3 Principais Limitações do Estudo.....	69
6.4 Perspectivas Futuras.....	71
7 CONCLUSÃO	73
7.1 Conclusões da Etapa I.....	73
7.2 Conclusões da Etapa II.....	74
7.3 Conclusão Final.....	75
8 ANEXOS	77
9 REFERÊNCIAS	278

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AACAP	<i>American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>
ABIPEME	Associação Brasileira de Anunciantes/Associação Brasileira dos Institutos de Mercado
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPPESQ	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP
CBCL	<i>The Child Behavior Checklist</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAWBA	<i>Development and Well-Being Assessment</i>
DP	Desvio Padrão
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DY-BOCS	Dimensional Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de São Paulo
FHS	<i>(Psychiatric) Family History Screening</i>
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FPG	Familiares de Primeiro Grau
GEE	<i>Generalized Estimating Equations</i>
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da FMUSP
IC	Intervalo de Confiança
INPD	Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento
OCD	<i>Obsessive-compulsive Disorder</i>
OCS	<i>Obsessive-compulsive Symptoms</i>
OR	<i>Odds Ratio</i> (Razão de Chances)
PROTOC	Programa Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo
SDQ	Questionário de Capacidades e Dificuldades
SOC	Sintomas Obsessivo-compulsivos
ST	Síndrome de Tourette
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TOC	Transtorno Obsessivo-compulsivo
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	A figura composta por cinco gráficos representando as cinco situações estatisticamente possíveis, entre os três grupos estudados, em relação a um determinado parâmetro clínico. Primeira: Controle = SOC = TOC; Segunda: Controle = SOC < TOC; Terceira: Controle < SOC = TOC; Quarta: Controle = SOC e SOC = TOC e Controle < TOC; e Quinta: Controle < SOC < TOC.	38
-----------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Prevalência e caracterização dos sintomas obsessivo-compulsivos em levantamentos epidemiológicos em crianças e adolescentes.....	10
Tabela 2 -	Principais grupos, fatores ou dimensões dos sintomas obsessivo-compulsivos.....	12
Tabela 3 -	Principais estudos de famílias abordando dimensões de sintomas obsessivo-compulsivos.....	14
Tabela 4 -	Resumo dos materiais e método nas Etapas I e II	25
Tabela 5 -	Questionário adaptado da versão de rastreamento da DY-BOCS.....	29
Tabela 6 -	Análise descritiva das variáveis sociodemográficas e da prevalência de sintomas obsessivo-compulsivos e suas dimensões em escolares de 6 a 12 anos e seus familiares (em percentuais).....	42
Tabela 7 -	Agregação familiar dos sintomas obsessivo-compulsivos em geral e sua relação com sexo e idade.....	44
Tabela 8 -	Agregação familiar das dimensões dos sintomas obsessivo-compulsivos e sua relação com sexo e idade.....	45
Tabela 9 -	Sintomas psiquiátricos e fatores associados em crianças-index com e sem sintomas obsessivo-compulsivos.....	46
Tabela 10 -	Características sociodemográficas na amostra e nos grupos TOC, SOC e controles.....	47
Tabela 11 -	Características fenotípicas dos grupos TOC, SOC e controles.	49
Tabela 12 -	Prevalência de comorbidades psiquiátricas pelo DAWBA (em percentuais) nos grupos TOC, SOC e controles.....	51
Tabela 13 -	Problemas específicos de comportamentos nos grupos TOC, SOC e controles.....	52
Tabela 14 -	Fatores clínicos associados aos grupos TOC, SOC e controles.	53

RESUMO

Alvarenga, PG. *Sintomas obsessivo-compulsivos em escolares: prevalência, dimensões psicopatológicas, agregação familiar, comorbidades e fatores clínicos associados* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

O objetivo central desta tese de doutorado foi investigar as características clínicas de sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), como fenômeno intermediário entre o desenvolvimento normal e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), em uma ampla amostra comunitária (não-clínica) composta por crianças em idade escolar (6 a 12 anos) e seus familiares biológicos. Para tal, determinou-se a prevalência e a distribuição sociodemográfica dos SOC descrevendo sua fenomenologia caracterizada a partir de dimensões de SOC, agregação familiar, associação com outras comorbidades psiquiátricas e outras variáveis de comprometimento clínico (ex: fatores de risco, problemas sociais, escolares e de comportamento). Dividimos o presente estudo em duas etapas. Na Etapa I, o objeto de estudo foram 9.937 crianças de 6 a 12 anos regularmente matriculadas em escolas públicas (crianças-index) e seus familiares biológicos (n total=29.459). Nesta etapa utilizou-se a *Family History Screening* (FHS), escala de rastreamento para sintomas psiquiátricos internacionalmente validada, e um módulo adicional com sete itens para identificar quatro dimensões de SOC (“Agressão/ sexual/ religiosa”; “arranjo/ simetria”; “contaminação/ lavagem” e colecionismo”). Nessa primeira etapa obtivemos dados sobre 9.937 crianças-index (podendo ser irmãos entre si), 3.305 irmãos biológicos (13 a 18 anos) e 16.218 pais. As mães biológicas foram informantes em 88% das entrevistas. Os SOC estiveram presentes em 19,4% da amostra total, sendo 14,7% das crianças-index; 15,6% dos irmãos; 34,6% das mães e 12,1% dos pais. A presença dos SOC foi associada ao sexo masculino e aumento da idade em crianças e adolescentes. Houve agregação familiar das dimensões de SOC nas famílias, sendo que a dimensão de “contaminação/ lavagem” foi a mais familiar (OR: 1,44; IC 95% 1,23-1,67; $p < 0,001$). Crianças-index com SOC apresentaram maior frequência de outros sintomas psiquiátricos, bem como maior comprometimento escolar, social e busca por tratamentos prévios. As principais limitações desta etapa incluem entrevista indireta (*by proxy*) e utilização de um instrumento ainda não validado para triagem de dimensões de SOC. Na Etapa II, o objeto de estudo foi uma sub-amostra da Etapa I e foram coletados dados de 2.512 crianças-index [média de idade: 8,86 anos (DP: 1,84); 44,59% sexo feminino], com um rigoroso e abrangente protocolo de avaliação clínica, incluindo diagnósticos de transtornos mentais pela DSM-IV/ DAWBA (*Development and Well-Being Assessment*), padrões específicos de comportamento pelo CBCL (*Child Behavior Checklist*), fatores de risco, comprometimento escolar, social e tratamentos prévios. A amostra foi dividida em grupos TOC (n=77; 3,07%), SOC (n=488; 19,43%) e controles (n=1.947; 77,5%), que foram comparados em relação às suas características fenotípicas. Não houve

diferenças significativas de sexo, idade e classificação socioeconômica entre os três grupos estudados. O grupo TOC apresentou, mais frequentemente, obsessões ou compulsões em geral, obsessões de contaminação, compulsões de lavagem, repetição e colecionismo. Os grupos TOC e SOC foram semelhantes em relação às frequências de obsessões de agressão e compulsões de simetria, verificação e contagem. Em relação às comorbidades pelo DAWBA, o grupo TOC apresentou mais frequentemente transtornos de humor (agrupados), transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, e transtornos disruptivos (agrupados), quando comparado aos grupos SOC e controles. Os grupos TOC e SOC apresentaram prevalências semelhantes de fobia social, transtornos ansiosos (agrupados), transtorno de oposição e desafio, transtorno de tiques e transtornos alimentares, com prevalência superior àquela encontrada entre controles. Fatores de risco perinatais e abuso físico ou sexual foram significativamente mais frequentes no grupo TOC, em relação a SOC e controles. O grupo SOC exibiu padrão intermediário entre TOC (maior pontuação) e controles (menor pontuação) em relação aos escores totais e às dimensões de problemas de comportamento “internalizantes”, “externalizantes” e sociais da CBCL. O grupo SOC revelou o mesmo padrão encontrado no grupo TOC acerca de vulnerabilidade social, problemas escolares (repetência, expulsão ou abandono), comprometimento funcional, comportamento delinquente e busca por tratamentos prévios. A principal limitação dessa etapa foi a adaptação dos critérios do DAWBA para a DSM-IV, para se estabelecer o diagnóstico de TOC na infância e adolescência. Portanto, este estudo transversal sugere que os SOC são um fenômeno relativamente frequente (aproximadamente 15 a 20%) em escolares de 6 a 12 anos e, sua prevalência se assemelha àquela descrita em adolescentes e adultos. Os dados desta tese fornecem evidências adicionais de que há um contínuo psicopatológico e de impacto clínico entre SOC e TOC o que é importante, não apenas para aprimorar a compreensão da natureza do TOC, mas para estabelecer estratégias de tratamento e prevenção.

Descritores: 1. Transtorno obsessivo-compulsivo; 2. Sintomas prodrômicos; 3. Comorbidade; 4. Epidemiologia; 5. Criança; 6. Psiquiatria infantil.

SUMMARY

Alvarenga, PG. *Obsessive-compulsive symptoms in schoolchildren: prevalence, dimensions, familial aggregation, comorbidities and associated clinical factors* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

The present thesis investigated the clinical characteristics of obsessive-compulsive symptoms (OCS), as an intermediate phenomenon between normal development and obsessive-compulsive disorder (OCD) by assessing an extensive community (non-clinical) sample of schoolchildren (6-12 years) and their biological relatives. We determined the prevalence and sociodemographic status of OCS, describing its phenomenology characterized from OCS dimensions, familial aggregation, association with other psychiatric comorbidities, and other variables of clinical impairment (e.g.: risk factors, social, school and behavior problems). The study was divided in two phases. In phase I, 9,937 children (aged 6 to 12 years) enrolled in regular public schools (index-children) and their biological relatives (overall n = 29,459) were assessed. In this phase, we used the *Family History Screening* (FHS), an internationally validated instrument developed for psychiatric symptoms assessment. An additional seven-item module to identify four OCS dimensions ("aggressive/ sexual/ religious"; "symmetry/ arranging", "contamination/ cleaning" and "hoarding") was also used. In the first phase data on 9,937 index-children (may be siblings to each other), 3,305 biological siblings (13-18 years) and 16,218 parents were obtained. The biological mothers were informants in 88 % of the interviews. OCS were present in 19.4 % of the total sample, 14.7 % of index-children, 15.6 % of siblings, 34.6 % of mothers and 12.1 % of parents. The presence of OCS was associated with male gender and increasing age in children and adolescents. Familial aggregation of OCS dimensions was found; the "contamination/ cleaning" was the most familial dimension (OR: 1.44; 95% IC 1.23 to 1.67; $p < 0.001$). OCS were associated with higher frequency of other psychiatric symptoms as well as greater rates of social/ school problems and searching for previous treatments. The main limitations of this phase include by proxy interviews and use of an instrument for assessing OCS dimensions not yet validated. In phase II, a sub-sample (n=2,512) of phase I index-children [mean age: 8.86 (PD: 1.84); 44.59% female] was submitted to a rigorous and comprehensive clinical evaluation protocol, including structural diagnoses of mental disorders DSM-IV/ DAWBA (*Development and Well-Being Assessment*), specific behavioral patterns from CBCL (*Child Behavior Checklist*), risk factors, school/ social problems and searching for previous treatments. The sample was divided in three groups: OCD (n = 77; 3.07 %), OCS (N=488; 19.43 %) and controls (n=1,947; 77.5 %), compared according to their clinical features. There were no significant age/ gender and socio-economic status differences between groups. OCD group presented higher rates of overall obsessions and compulsions, contamination obsessions, cleaning and repetition compulsions and "hoarding". OCD

and OCS groups showed similar prevalence rates of aggressive, symmetry, checking and counting symptoms. Regarding DAWBA comorbidities, OCD group showed increased prevalence of mood disorders (as a group), separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and disruptive disorders (as a group) compared to OCS and control groups. OCD and OCS groups showed similar prevalences of social phobia, anxiety disorders (as a group), oppositional defiant disorder, tic disorders and eating disorders, showing higher prevalence than controls. Perinatal risk factors and physical or sexual abuse were significantly more frequent in the OCD group in comparison to OCS and control groups. The OCS group exhibited intermediate pattern between OCD (higher scores) and controls (lower scores) concerning total and "internalizing", "externalizing" and social dimensions scores of the CBCL. The OCS group showed the same pattern found in the OCD group concerning social vulnerability, school problems (failure, expulsion or dropout), functional impairment, delinquent behavior, and searching for previous treatments. The main limitation of this phase was the adaptation of the DAWBA criteria for DSM -IV diagnosis for pediatric OCD. Therefore, this cross-sectional study suggests that OCS is fairly frequent in schoolchildren 6-12 years (about 15 to 20%) and its prevalence is similar to that described in adolescents and adults. Data from this thesis provide further evidence that there is a psychopathological and clinical impact continuum between OCS and OCD, which is important not only to enhance the understanding of the nature of OCD but to develop treatment and prevention strategies.

Descriptors: 1.Obsessive-compulsive disorder; 2.Prodromal symptoms; 3.Comorbidity; 4.Epidemiology; 5.Child; 6.Child Psychiatry.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Iniciais

O objetivo central desta tese de doutorado é investigar as características clínicas de sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), como fenômeno intermediário entre o desenvolvimento normal e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), em uma ampla amostra comunitária (não-clínica) composta por crianças em idade escolar (6 a 12 anos) e seus familiares biológicos. Para tal, determinou-se a prevalência e a distribuição sociodemográfica dos SOC descrevendo sua fenomenologia caracterizada a partir de dimensões de SOC, agregação familiar, associação com outras comorbidades psiquiátricas e outras variáveis de comprometimento clínico, como problemas de comportamento, sociais, escolares e fatores de risco.

Este projeto foi elaborado seguindo uma linha de pesquisa desenvolvida pelo grupo de pesquisa “Programa Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo” (PROTOC) do Departamento e Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no sentido de melhor caracterizar os fenótipos do TOC e transtornos correlatos. Tal linha de pesquisa já resultou em diversos trabalhos na literatura, algum destes com participação direta do autor desta tese desde o período de sua iniciação científica (Alvarenga et al., 2006; 2008, 2009, 2012; Gentil et al., 2009; De Mathis et al., 2011; Sallet et al., 2010).

Demais atividades desenvolvidas pelo autor encontram-se na página eletrônica do seu currículo Lattes (lattes.cnpq.br/132652915989327).

Este estudo constitui um dos braços do “Projeto Prevenção” do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD) (www.inpd.org). O desenho metodológico, incluindo os instrumentos utilizados para avaliação dos sintomas psiquiátricos, foi cuidadosamente elaborado pelas lideranças do INPD, que incluem autoridades em psicometria e psiquiatria da infância e adolescência. O presente estudo recebeu verbas do CNPQ (processo: 573974/2008-0), FAPESP (processo: 08/57896-8) e também da iniciativa privada. Este doutorando recebeu bolsa de estudos da CAPES por mérito curricular e demanda institucional.

Os resultados parciais deste estudo foram apresentados em três eventos: “Prêmio Instituto de Psiquiatria” (São Paulo, Brasil, 2012); “Associação Latino-Americana de Psiquiatria” (Buenos Aires, Argentina, 2012) e *American College of Neuropsychopharmacology* (Florida, EUA, 2013). Esta tese gerou, diretamente, três artigos [Alvarenga et al., submetido A (ANEXO A), Alvarenga et al., submetido B (ANEXO B) e Alvarenga et al. em preparação].

1.2 Definição dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos

As primeiras descrições mais consistentes dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) datam do século XV, em que estes eram atribuídos pela “demonologia” (ciência vigente na época) à possessão por forças externas (Alvarenga et al., 2007). Até o final do século XIX havia uma tendência da medicina a explicar os SOC como

um fenômeno caracterizado por idéias fixas (“*ideés fixes*”), dúvida (“*folie de doute*”) e impulsividade patológica (“*délire de toucher*”), sendo que as principais definições aproximavam os SOC às psicoses (Berrios, 1989; Alvarenga et al., 2007). A partir do final do século XIX, o advento da psicanálise e estudos de psicopatologistas como Pierre Janet (1859-1947) e Legrand du Saulle (1830-1886) levaram ao reconhecimento do caráter “neurótico” (e não “psicótico”) dos SOC, ressaltando-se a presença de sentimentos de incompletude, busca por perfeccionismo e preservação da crítica (Berrios, 1989; Alvarenga et al., 2007; Alvarenga et al., 2012).

Atualmente, obsessões são definidas como pensamentos, impulsos ou imagens repetitivos vivenciados como intrusivos e desagradáveis (APA, 2013). Compulsões são definidas como comportamentos ou atos mentais repetitivos que visam a reduzir a ansiedade ou que são realizados segundo regras rígidas (APA, 2013). As compulsões podem ocorrer em resposta às obsessões, ou isoladamente. No segundo caso, não é infrequente que as compulsões sejam precedidas de fenômenos sensoriais, que são sensações mentais (ex: incompletude, imperfeição) ou físicas (ex: tensão, formigamento, “pinicada”) e/ou acompanhadas por transtorno de tiques ou síndrome de Tourette (ST), transtorno neuropsiquiátrico comórbido e contíguo ao TOC (Miguel et al., 2005; Rosario-Campos et al., 2008).

Em muitos casos, os SOC assumem caráter de “segredo” devido aos sentimentos de estranheza e constrangimento que causam ao indivíduo (Rosário-Campos, 1998; AACAP, 2012; Alvarenga et al., 2012). Na infância, os SOC podem apresentar-se como uma acentuação de rotinas normais (ex: banhos prolongados, lavagem excessiva e ritualizada das mãos, excesso de capricho e lentidão nas tarefas escolares), com característica egossintônica (ausência de sofrimento ou resistência)

ou ausência de *insight* (Rosário-Campos, 1998; Alvarenga et al., 2012). Além disso, em crianças fica mais difícil estabelecer o nível de interferência causado pelos SOC (Rosário-Campos, 1998; AACAP, 2012; Alvarenga et al., 2012), o que dificulta a sua classificação pelos métodos diagnósticos categoriais atuais.

1.3 Desenvolvimento Normal e Patológico dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos

Os SOC podem estar presentes, sem caráter patológico, em etapas específicas do desenvolvimento normal, como nas rotinas e comportamentos ritualísticos presentes na primeira infância (Evans et al., 1999), na vivência do amor romântico no final da adolescência (Leckman & Mayes, 1999), e de amor parental durante a vida adulta (Leckman & Mayes, 1999; Feygin et al., 2006). Sob uma perspectiva etológica, especula-se que os SOC foram fundamentais para promover a adaptação ao meio e às novas situações de vida, favorecendo a preservação da espécie (Gonda et al., 2008). Estudos com roedores indicam que comportamentos ritualizados de tipo “*grooming*” (ex: lambem e alisar os pelos) da fêmea para com a sua prole promovem alterações epigenéticas que tornam a prole mais adaptada ao meio (van Hasselt et al., 2012). O modelo animal de “*grooming*” vem sendo utilizado como um modelo heurístico para melhor compreender os SOC (Bienvenu et al., 2009). Nos seres humanos, acredita-se que alguns SOC como, por exemplo, pensamentos recorrentes e preocupações acerca da limpeza e segurança, bem como rotinas de lavagem das mãos e verificação de itens de segurança, sejam comportamentos promotores de resiliência e mantenedores da espécie (Gonda et al., 2008).

Por outro lado, quando apresentam maior intensidade, consumo de tempo e interferência em diversos domínios da vida, os SOC configuram o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (APA, 2013), um dos transtornos mentais mais deletérios na população mundial, com uma prevalência ao longo da vida de 2% a 3% em adultos (Fontenelle et al., 2006; Ruscio et al., 2010) e de 0,5% a 2% em crianças e adolescentes (Rasmussen & Eisen, 1990; Rosário-Campos et al., 2008; AACAP, 2012). Cerca de 50% dos adultos acometidos pelo TOC manifestam os primeiros sintomas até os 14 anos de idade (Kessler et al., 2005; Rosário-Campos et al., 2008), o que caracteriza o TOC como um transtorno do desenvolvimento (De Mathis, 2012). Na maioria dos casos o TOC cronifica-se e apesar dos tratamentos atuais proporcionarem alívio dos sintomas, a remissão total é rara (Rosário-Campos et al., 2008; Alvarenga et al., 2012). Alterações neuropsicológicas e de neuroimagem descritas no TOC também são observadas em portadores de SOC, mesmo na ausência da síndrome completa (Mataix-cols et al., 1999; Roth & Baribeau, 1996). Além disso, estudos longitudinais indicam que crianças que apresentam SOC são mais susceptíveis a desenvolver TOC e outros transtornos mentais (Black & Gaffney, 2008; Fullana et al., 2009).

Entretanto, não se sabe ao certo por quais razões alguns pacientes com SOC apresentarão futuramente TOC. Estipula-se que certos fatores de risco perinatais, como doença materna durante a gestação ou traumas de parto (Vasconcelos et al., 2007; Geller et al., 2008), abuso físico ou sexual durante a infância (Grisham et al., 2011), e padrões específicos de comportamento na infância, como retração social e altas taxas de comportamentos “internalizantes” se associam ao desenvolvimento de TOC na vida adulta (Black & Gaffney, 2008; Grisham et al., 2011).

1.4 Epidemiologia e Caracterização Fenotípica dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos na Infância e Adolescência

Estudos epidemiológicos indicam que a prevalência de TOC na população pediátrica varia amplamente, de 0,25% (Heyman et al., 2001) a 3,6% (Zohar et al., 1992), devido provavelmente a diferenças nos critérios diagnósticos utilizados e dos instrumentos de avaliação e diferenças de sexo/ idade das amostras. Em nosso meio, um estudo comunitário envolvendo 1.251 crianças e adolescentes entre 7 e 14 anos reportou uma taxa relativamente baixa de TOC, de 0,1% (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004), provavelmente devido ao rigor do critério diagnóstico proposto pelo instrumento utilizado, a *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA) (Goodman et al., 2000). Entretanto, outro estudo mais recente incluindo 2.323 adolescentes brasileiros de ensino médio encontrou uma prevalência de TOC de 3,3% (Vivan et al., 2013). Os algoritmos atuais sugerem que o TOC na infância, devido as suas particularidades clínicas, é sub-diagnosticado e que até 90% dos casos não são tratados (AACAP, 2012).

Já os estudos que avaliam a prevalência e as características clínicas dos SOC e TOC subclínico (presença de obsessão e/ou compulsão e falha no preenchimento de outros critérios diagnósticos pela DSM, como sofrimento, consumo de tempo e interferência) em população pediátrica são escassos e pouco representativos (Tabela 1). A maioria desses relatos inclui adolescentes (Flament et al., 1990; Zohar et al., 1992; Valleni-Basile et al., 1994; Apter et al., 1996; Vivan et al., 2013) e adultos jovens (Fullana et al., 2010), mas não crianças em fase pré-puberal, avaliadas no estudo atual.

Esses estudos também são bastante divergentes acerca da prevalência transversal de SOC, que varia de 2,0% (Flament et al., 1990) a 19,0 % (Valleni-Basile et al., 1994). Em relação às variáveis sociodemográficas, alguns estudos apontam para maior prevalência de SOC (Flament et al., 1988; 1990; Mahfouz et al., 2009) e obsessões puras (Fullana et al., 2009) em meninos. Outros relatam igual proporção entre os sexos (Zohar et al., 1992; Valleni-Basile et al., 1994; Essau et al., 2000; Heyman et al., 2001; Shams et al., 2011; Canals et al., 2012). Um estudo recente produzido em nosso meio reportou SOC mais frequentes em meninas (Vivan et al., 2013), semelhante a outro estudo que relatou maior frequência de SOC de contaminação em meninas (Fullana et al., 2009).

Verifica-se, ainda, um esforço dos pesquisadores no sentido de estabelecer se há proximidade fenotípica entre SOC e TOC, analisando a tipologia de SOC, presença e tipos de comorbidades psiquiátricas, funcionamento social, escolar/laboral dos sujeitos e uso de serviços em saúde mental. A maior parte dos estudos com crianças, adolescentes e adultos indica que os portadores de SOC se assemelham fenotipicamente aos de TOC, no sentido da tipologia de SOC (Flament et al., 1988; 1990; Valleni-Basile et al., 1994; Apter et al., 1996; de Bruijn et al., 2010), presença e padrão de comorbidades; como transtornos ansiosos (Flament et al., 1988; Shams et al., 2011; Canals et al., 2012), transtornos de tiques (Zohar et al., 1992), transtornos alimentares (Flament et al., 1988; Blom et al., 2011) e transtornos de humor (Flament et al., 1988; Heyman et al., 2001; de Bruijn et al., 2010; Blom et al., 2011; Shams et al., 2011; Canals et al., 2012); prejuízo do funcionamento escolar ou laboral (Heyman et al., 2001; Fullana et al., 2009; Blom et al., 2011; Canals et al.,

2012) e uso de serviços em saúde mental (Essau et al., 2000; Heyman et al., 2001; Blom et al., 2011).

Entretanto, estes relatos são escassos e apresentam divergência em relação à frequência de tipos de SOC, à prevalência e aos tipos de comorbidades, e ao comprometimento clínico entre os grupos (vide Tabela 1). Além disso, estudos recentes com desenho longitudinal constataram que a presença de SOC é fator de risco para o desenvolvimento do TOC (Black & Gaffney, 2008; Fullana et al., 2010; Voltas et al., 2013). Entretanto, outro estudo não constatou essa associação (Valleni-Basile et al., 1996). O estudo da continuidade fenotípica entre SOC e TOC na faixa pediátrica com desenho transversal é fundamental como primeiro passo para a identificação de uma população prodrômica ou “em risco” para desenvolver TOC, o que será definido em estudos longitudinais.

Tabela 1 - Prevalência e caracterização dos sintomas obsessivo-compulsivos em levantamentos epidemiológicos em crianças e adolescentes.

Autor/ano	Amostra: Tamanho, Faixa etária e Local da coleta	Prevalência de SOC e TOC	Principais características clínicas
Flament et al., 1988; 1990	N= 356 selecionados de 5.500 estudantes de 14-17 anos (EUA)	- TOC: 0,35% (1988) - TOC: 1,9% (1990) - SOC: 2,0% (1990) (atual)	- SOC relacionado a sexo masculino, sintomas depressivos, bulimia nervosa e ansiedade - Estabilidade dos sintomas em 2 anos
Zohar et al., 1992	N =562 16-17 anos (Israel)	- 3,6% TOC - 4,85% SOC (atual)	- Sexo masculino = feminino - comorbidade com tiques e Síndrome de Tourette
Valleni- Basile et al., 1994 e 1996	N= 488 (selecionados entre 3288) 11-17 anos (EUA)	- 19% TOC subclínico -3% TOC (vida)	- Sexo masculino = feminino - Sexo masculino: mais obsessões - 56% arranjo e simetria - 41% repetição e contagem - 38% colecionismo - 17% contaminação e lavagem - perfil fenotípico SOC e de comorbidades semelhantes
Apter et al., 1996	N=861 16 -17 anos (50,6% sexo masculino) (Israel)	- TOC: 2,3% - TOC subclínico 4,0 % - Qualquer obsessão: 8,0% - Qualquer SOC: 27,0% (8% > 1h/dia) (vida)	- houve sobreposição de características fenotípicas dos SOC e da repercussão clínica entre TOC subclínico e TOC.
Essau et al., 2000	N= 1.035 12-17 anos escolares (Alemanha)	- TOC: 1,3% (vida)	- masculino = feminino - dos 13 casos identificados, 12 tinham 14 anos, ou mais. - apenas 30% procuram tratamento
Heyman et al., 2001	N=10.438 5-15 anos (Reino Unido)	- TOC: 0,25% (atual)	- masculino = feminino - 76%: comorbidade - prevalência cresce exponencialmente com aumento da idade - crianças com TOC: menor nível socioeconômico e intelectual - grande maioria não tratada
Mahfouz et al., 2009	N=1.552 14-19 anos (proporção 3 masculino: 2 feminino) (Arábia Saudita)	14,5% qualquer SOC (vida)	- não especificadas
Fullana et al., 2009	Coorte: - N= 1.037 (11 anos) - N=974 (26 anos); N =963 (32 anos); (6 países: Europa)	- Qualquer SOC = 8,0%, 21,0%, 25,0%, respectivamente (vida)	- 4 dimensões estudadas (contaminação; agressão/ verificação; arranjo/simetria e pensamentos obscenos) predisseram TOC na vida adulta - agressão/ verificação foi a mais frequente - contaminação lavagem . sexo feminino - colecionismo não estudado - obsessões mais preditoras de interferência
Shams et al., 2011	N= 909 14-18 anos (Irã)	-SOC subclínicos ou clínicos: 11,2% (atual)	- sem diferença de sexo, renda, idade ou ordem de nascimento - comorbidade com depressão: 91,2% e com ansiedade: 78,4%
Canals et al., 2012	N= 1514 8-12 anos (Espanha)	- SOC: 4,7% - TOC subclínico: 5,5% - TOC: 1,8% (atual)	- TOC clínico apresentou igual distribuição entre sexos, subclínico mais frequente em meninos; - TOC apresentou 85% comorbidades, principalmente transtornos de ansiedade e humor - TOC clínico (e não SOC): prejuízo no desempenho escolar - TOC clínico e SOC: prejuízo funcionamento global
Vivan et al., 2013	N=2,323 14-17 anos (Brasil)	- SOC: 18,3% - TOC: 3,3% (último mês)	- SOC e TOC: > sexo feminino - dimensões de sintomas mais frequentes; “diversas” e arranjo- simetria - meninas: depressão, meninos: tiques

Legenda: SOC: sintomas obsessivo-compulsivos; TOC: transtorno obsessivo-compulsivo.

1.5 Dimensões Psicopatológicas de Sintomas Obsessivo-Compulsivos

Apesar de definido no DSM-IV (APA, 1994) como uma entidade nosológica unitária, análises fenotípicas (Mataix-Cols et al., 2005; Stewart et al., 2008), estudos de famílias (Alsobrook et al., 1999; Leckman et al., 2003) e estudos de neuroimagem (Van den Heuvel et al., 2009; Alvarenga et al. 2012) sugerem que o TOC é uma doença heterogênea, que pode ser melhor compreendida como um transtorno composto por múltiplas dimensões de SOC sobrepostas. Padrões de desenvolvimento normal sugerem que as dimensões de SOC se assemelham aos estados mentais e aos comportamentos fisiológicos humanos. Quando esses pensamentos e comportamentos passam a dominar a vida mental, gerando aflição e consumo de tempo, ocorre o TOC (Fleygin et al., 2006).

Análises clínicas fatoriais (Mataix-Cols et al., 2005; Stewart et al., 2008) sugerem que o melhor modelo subdivide o TOC em quatro grupos, fatores ou “dimensões” de sintomas (Tabela 2). A dimensão I (“Agressão/ sexual/ religiosidade”) e a dimensão II (“arranjo/ ordenação/ simetria”) têm sido descrita como as mais frequentes em populações pediátricas com TOC, em estudos internacionais (Valleni-Basile et al., 1995; Fullana et al., 2009). Em um estudo incluindo uma população brasileira de 1000 adultos com TOC, a dimensão II (“arranjo/ ordenação/ simetria”) foi a mais prevalente (De Mathis, 2012). Alguns estudos sugerem que a dimensão III (“contaminação/ lavagem”) seja mais frequente no sexo feminino (Fullana et al., 2009; de Mathis et al 2011; 2012), o que contrasta com outro estudo brasileiro que aponta que a dimensão I (“Agressão/ sexual/ religiosidade”) está relacionada ao sexo feminino (Torresan et al., 2013). Entretanto,

a quase totalidade desses estudos avalia populações clínicas portadoras de TOC, sendo escassos os estudos avaliando como se comportam as dimensões de SOC em populações não-clínicas (Taberner et al., 2009; Canals et al., 2012).

Tabela 2 - Principais grupos, fatores ou dimensões dos sintomas obsessivo-compulsivos.

Grupo/ fator/dimensão	Conteúdo dos sintomas obsessivo-compulsivos
I.	Agressão, sexual, religiosidade
II.	Arranjo, ordenação e simetria
III.	Contaminação e lavagem
IV.	Colecionismo

1.6 Agregação Familiar das Dimensões de Sintomas Obsessivo-Compulsivos

Os estudos de famílias são conclusivos quanto à agregação familiar (alguns autores utilizam o termo “agregação familiar” para estudos de famílias e genética; padronizou-se o termo “agregação familiar” nesta tese) do TOC em sua forma completa, principalmente quando associado à presença de tiques e/ou início precoce dos sintomas (Nestadt et al., 2000; Rosário-Campos et al., 2005; Hanna et al., 2005). Um interessante estudo relata uma maior agregação familiar de SOC em parentes de primeiro grau de indivíduos não tratados acometidos pelo TOC, o que vem reforçar o impacto de fatores familiares genéticos e ambientais na gênese dos SOC (Grabe et al., 2006). Entretanto, são escassos os estudos que incluem abordagem dimensional visando a compreender se tipos específicos (ou dimensões) de SOC se agregam em famílias (Tabela 3). Além disso, a quase totalidade de estudos de famílias são estudos

clínicos de TOC e há apenas um estudo incluindo populações não-clínicas (Taberner et al., 2009).

O primeiro estudo avaliando dimensões de SOC, incluindo 100 probandos com TOC (clínico) e seus familiares de primeiro grau, reportou sintomas de arranjo/simetria e de verificação como os SOC mais familiares (Alsobrook et al., 1999). Este resultado foi replicado em um estudo recente de famílias, incluindo 35 crianças com TOC e seus familiares de primeiro grau (Hanna et al., 2005). Entretanto, outro estudo de famílias avaliando 221 pacientes com TOC não demonstrou agregação familiar das dimensões dos SOC (Cullen et al., 2007). Com tamanhos amostrais distintos e partindo de populações clínicas de TOC (Hasler et al., 2006; Chacon et al., 2007) e ST (Leckman et al., 2003), estudos de agregação entre irmãos (*sib-pairs*) apontam para maior agregação das dimensões de arranjo/simetria e sintomas de verificação (Leckman et al., 2003; Hasler et al., 2007). Em relação à especificidade de gêneros, foi identificado que a dimensão de colecionismo (dimensão IV) agrega-se mais entre irmãs e a dimensão de contaminação/lavagem entre irmãos (Chacon et al., 2007).

O primeiro e único estudo de famílias avaliando SOC e incluindo uma população não-clínica (184 meninas e seus pais) reportou que a agregação de sintomas das dimensões de arranjo/simetria e de colecionismo esteve mais relacionada a díade mãe-filha, ou seja, os dados sugerem que a mãe tenha mais influencia na gênese de SOC dos filhos do que o pai. Entretanto, este estudo apresenta uma série de limitações, como a ausência de probandos (filhos) do sexo masculino e uma amostra relativamente pequena (Taberner et al., 2009).

Tabela 3 - Principais estudos de famílias abordando dimensões de sintomas obsessivo-compulsivos.

Autor/ ano	População e desenho	Principais achados
Alsobrook et al., 1999	- n=100 probandos TOC e 466 FPG - Análise de segregação, população clínica	- agregação significativa entre arranjo/simetria - OR=1,7 para TOC ou TOC subclínico em FPG
Leckman et al., 2003	- 54 famílias e 128 pares de irmãos portadores de ST Análise de segregação, população clínica	- correlação entre irmãos afetados com ST e mãe-filho em relação a arranjo/simetria e sintomas de verificação
Hanna et al., 2005	- n=38 probandos TOC e 17 controles e seus FPG (n total= 625) - Análise de segregação, população clínica	- 54,5% FPG de probandos com arranjo/simetria apresentaram SOC ou TOC
Cullen et al., 2007	- n=221 probandos e 309 FPG - Análise segregação, população clínica	- não houve agregação familiar de dimensões de SOC - contaminação e limpeza associaram-se a menos psicopatologia geral - colecionismo associou-se a pior resposta ao tratamento
Chacon et al., 2007	- n=40 irmãos (adultos) com TOC pertencentes a 18 famílias - Análise segregação, população clínica	- sexo masculino: contaminação / lavagem - sexo feminino: colecionismo
Taberner et al., 2009	- n= 184 meninas e seus pais - Estudo de correlação, amostra não-clínica	- agregação de sintomas de simetria/ arranjo e colecionismo em díades mãe-filha

Legenda: FPG: familiares de primeiro grau; OR: *odds ratio* (razão de chances); SOC: sintomas obsessivo-compulsivos; TOC: transtorno obsessivo-compulsivo; ST: síndrome de Tourette.

1.7 Lacunas na Literatura e Justificativas para o Presente Estudo

Como discutimos na seção 1.4, os estudos epidemiológicos que abordam SOC em populações pediátricas são escassos e discordantes acerca da prevalência de SOC, TOC e sua distribuição por sexo e idade. Não há consenso sobre as dimensões de SOC mais prevalentes, bem como sobre sua distribuição por sexo e idade. Além disso, a maioria desses relatos inclui adolescentes e adultos jovens, e não crianças em idade escolar (6 a 12 anos), que constituem uma população (“em risco”) mais interessante em termos reconhecimento precoce de sintomas e das possíveis intervenções preventivas.

Outro aspecto que justifica a condução deste estudo é que a presença e os tipos de comorbidades psiquiátricas, bem como a presença das variáveis de comprometimento descritas no TOC requerem investigação mais detalhada em portadores de SOC, principalmente na faixa etária pediátrica. Este fato é particularmente importante uma vez que certos estudos sugerem que os SOC (Fullana et al., 2009) possam constituir um pródromo, e não, apenas, um diagnóstico pré-clínico. A maior parte dos estudos fenotípicos prévios (Flament et al., 1988;1990; Zohar et al., 1992; Vellani-Basile et al., 1994; Apter et al., 1996; Mahfouz et al., 2009) aborda os SOC com instrumentos que não levam em conta as dimensões de sintomas. O estudo que mais se aproxima do modelo dimensional não investiga colecionismo (Fullana et al., 2009), o que constitui uma limitação.

Finalmente, em relação à agregação familiar, como mencionamos na seção 1.6, os poucos estudos existentes, utilizando metodologias distintas, sugerem que SOC e algumas de suas dimensões agregam-se em famílias, com possíveis particularidades

entre gêneros (vide tabela 3). Entretanto, todos os estudos de agregação familiar se restringem a amostras clínicas de portadores de TOC ou de ST, exceto um, com amostra pequena e ausência de probandos de sexo masculino (Taberner et al., 2009). Além de permitir estabelecer contínuos entre normal e patológico, estudos que incluem amostras não-clínicas, como este, permitem uma observação fenomenológica menos enviesada, já que a maioria dos portadores de TOC não procura (ou não é encaminhada) ao tratamento (Essau et al., 2000; Heyman et al., 2001; AACAP 2012).

1.8 Execução do Estudo: Duas Etapas

Dividimos o presente estudo em duas etapas, respeitando-se as fases de análise e coleta do “Projeto Prevenção” do INPD, projeto maior no qual esse estudo se insere. Na Etapa I, o objeto de estudo consiste em 9.937 crianças de 6 a 12 anos regularmente matriculadas em escolas públicas (crianças-index) e em seus familiares biológicos (n total=29.459). Apesar da ampla amostra, os instrumentos de coleta utilizados nessa etapa foram mais breves, a fim de tornar o estudo exequível. Além disso, o instrumento utilizado permite avaliar SOC e suas dimensões, não nos permite diagnosticar TOC em sua forma completa. Na Etapa II, o objeto de estudo consiste em uma sub-amostra das mesmas crianças-index (n= 2.512), submetida a um protocolo de avaliação clínica robusto e abrangente, que possibilita diagnóstico de SOC e de TOC em sua forma completa. A descrição da seleção da amostra, instrumentos, e métodos de coleta serão detalhados na seção 4. *Método*.

2 Objetivos do Estudo

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Objetivos da Etapa I

- Estimar a prevalência de SOC, incluindo suas dimensões, em crianças em idade escolar entre 6 e 12 anos (crianças-index), assim como em seus familiares biológicos (pais, mães, irmãos e meio-irmãos);
- Investigar a associação entre a presença de SOC e suas dimensões entre crianças-index e em seus familiares biológicos de primeiro grau (pais, mães, irmãos);
- Investigar comparativamente as características sociodemográficas (sexo e idade) em crianças-index com e sem SOC;
- Comparar variáveis clínicas, como sintomas psiquiátricos e fatores associados (ex.: comprometimento social, escolar e busca por tratamentos prévios) em crianças-index com e sem SOC;

2.2 Objetivos da Etapa II

- Comparar variáveis sociodemográficas (sexo, idade e classificação socioeconômica) em crianças-index estratificadas em grupos TOC, SOC e controles (sem TOC ou SOC);
- Descrever e comparar a ocorrência de comorbidades psiquiátricas e de padrões específicos de comportamento nos grupos TOC, SOC e controles;
- Investigar a ocorrência de fatores de risco, variáveis de comprometimento escolar e social e busca por tratamentos prévios nos grupos TOC, SOC e controles.

3 Hipóteses do Estudo

3 HIPÓTESES DO ESTUDO

3.1 Hipóteses da Etapa I

- Encontrar-se-á uma prevalência relativamente alta de SOC na população de crianças escolares de 6 a 12 anos, bem como em seus familiares (em torno de 15 a 20%). Haverá diferenças entre a distribuição de SOC e de suas dimensões de sintomas por faixas etárias e sexo (ex: maior frequência de SOC no sexo masculino entre crianças em idade escolar, distribuição semelhante entre sexos na população adulta). A prevalência de SOC aumentará com o avançar da idade. As dimensões agressão/ sexual/ religiosidade e arranjo/ simetria serão as mais prevalentes;
- Haverá associação entre a presença de SOC e seus tipos de dimensões nas crianças em fase escolar e em seus familiares de primeiro grau (pais, mães e irmãos). Algumas dimensões (ex: agressão/ sexual/ religiosidade e arranjo/ simetria) exibirão maior agregação familiar do que outras, como sugerem estudos prévios. Os SOC das crianças-index estarão mais fortemente associados à presença de SOC nas mães do que nos pais e nos irmãos;
- Crianças com SOC apresentarão maior frequência de sujeitos do sexo masculino e com idade mais avançada quando comparadas àquelas sem SOC;

- Crianças com SOC apresentarão mais fatores clínicos associados (ex: comprometimento escolar, social e tratamentos prévios) quando comparadas àquelas sem SOC.

3.2 Hipóteses da Etapa II

- Os grupos de crianças-index com TOC e SOC apresentarão associação com sexo masculino e com idade mais avançada. Não haverá diferenças socioeconômicas entre os três grupos;
- Haverá proximidade fenotípica entre os grupos SOC e TOC em relação aos tipos/ dimensões de sintomas obsessivo-compulsivos;
- Os grupos TOC, SOC e controles apresentarão, respectivamente, taxas decrescentes de transtornos psiquiátricos comórbidos bem como problemas de comportamento específicos (ex: problemas de competência social e comportamentos internalizantes). As principais comorbidades associadas aos grupos TOC e SOC serão: transtornos ansiosos, transtornos do humor, transtornos de tiques, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e transtornos alimentares;
- O grupo SOC exibirá um padrão intermediário entre TOC e controles em relação à presença de fatores de risco, variáveis de comprometimento escolar, social e busca por tratamentos prévios.

4 MÉTODO

As duas etapas deste estudo são descritas na Tabela 4. Como mencionamos, a primeira etapa (Etapa I) visa ao rastreamento de sintomas psiquiátricos e de fatores associados em 9.937 crianças-index e seus 19.522 familiares biológicos (n total = 29.459 sujeitos), com um (breve) instrumento de avaliação preliminar. Já a segunda etapa (Etapa II) inclui um amplo protocolo de pesquisa em uma subamostra de 2.512 crianças-index selecionados. O método dessas etapas será detalhado ao longo desta seção.

Tabela 4 - Resumo dos materiais e método nas Etapas I e II.

Descrição da Etapa I	
Desenho do estudo	Transversal analítico
Participantes	n = 9.937 escolares de 6 a 12 anos (crianças-index) e seus 19.522 familiares (n total=29.459)
Local de Coleta	Escola (presencial) e por contato telefônico
Desfechos de Interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de SOC, dimensões de SOC, agregação familiar de SOC - Associação dos SOC (e dimensões) com sexo e idade - sintomas psiquiátricos comórbidos, fatores de comprometimento social, escolar e tratamentos prévios em crianças-index com SOC <i>versus</i> crianças sem SOC (controles)
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> - Versão de rastreamento adaptada da DY-BOCS - FHS
Análise estatística	<ul style="list-style-type: none"> - GEE - Testes descritivos - Testes post-hoc de Tukey
Descrição Etapa II	
Desenho do estudo	Transversal analítico
Participantes	n = 2.512 escolares de 6 a 12 anos (crianças-index)
Local de Coleta	Domicílio da criança-index
Desfechos de Interesse	<ul style="list-style-type: none"> - comparação de grupos TOC, SOC e controle acerca de sexo, idade, nível socioeconômico, comorbidades psiquiátricas, variáveis de comprometimento social e escolar, padrões específicos de comportamentos e busca por tratamentos prévios
Instrumentos	- DAWBA, SDQ, CBCL, questionário de fatores de risco
Análise estatística	<ul style="list-style-type: none"> - Testes descritivos - Análise por intervalos de credibilidade Bayesianos

Legenda: FHS: *Family History Screening*; CBCL: *Child Behavior Checklist*; DAWBA: *Development and Well-Being Assessment*; SOC: sintomas obsessivo-compulsivos; TOC: transtorno obsessivo-compulsivo.

4.1 Detalhamento: Etapa I

4.1.1 Participantes do Estudo

- N= 9.937 crianças-index entre 6 e 12 anos, regularmente matriculadas em 57 escolas públicas, 35 selecionadas na região metropolitana da cidade de São Paulo (SP) e 22 em Porto Alegre (RS), pertencentes à coorte do “Projeto Prevenção” do Instituto Nacional de Psiquiatria de Desenvolvimento (INPD) (www.inpd.org) (Salum et al., 2013; Salum et al., 2014), seus pais, mães, irmãos biológicos (6 a 18 anos), meio-irmãos (6 a 18 anos) e seus respectivos pais (N total=29.459 sujeitos). Apenas crianças biologicamente relacionadas, mas não as adotivas, foram incluídas.
- Critério de seleção das escolas: número grande de alunos ($n > 400$), proximidade de hospitais universitários e acordo de colaboração entre a diretoria e coordenação das escolas e os pesquisadores do INPD.
- Critérios de inclusão dos sujeitos: desejo de participar do estudo, criança-index regularmente matriculada em uma das escolas participantes do projeto, com idade entre 6-12 anos no dia da matrícula; pai/mãe ou irmão biológico da criança-index.
- Critérios de exclusão: recusa ou não preenchimento das entrevistas ou termo de consentimento. Excluídos dados de irmãos e meio-irmãos com mais de 18 anos, uma vez que o principal interesse deste estudo são crianças e adolescentes.

4.1.2 Coleta de dados

Realizada por entrevistadores leigos, treinados, que foram submetidos a duas sessões de treinamento, de duas horas cada, incluindo palestras sobre as principais síndromes psiquiátricas e seus sintomas. O treinamento foi realizado com aulas e atividades interativas, conduzidas por psiquiatras clínicos do INPD (AS, BFB, GS, HB, MCR, PGA, PMP e TSM). Realizaram-se cinco simulações utilizando entrevistas gravadas em vídeo de indivíduos com diferentes queixas de sintomas psicopatológicos e de indivíduos controle. Além disso, houve treinamento visando à familiarização com os instrumentos, questões éticas e a plataforma digital utilizada para inserção dos dados. Em 87,6% dos casos, a respondente foi a mãe biológica das crianças, que prestou informações acerca dela própria, da criança-index, e dos outros membros da família (*by proxy*). Nesta etapa, 19% das entrevistas foram realizadas por telefone em Porto Alegre. Em São Paulo, todas as entrevistas foram realizadas por telefone.

4.1.3 Instrumentos de Avaliação

- **Versão de rastreamento da Escala Dimensional de Avaliação dos Sintomas obsessivo-compulsivos de Yale-Brown (DY-BOCS)** (adaptada de: Rosário-Campos et al., 2006): Sete perguntas (três das quais, intensificadoras, ou seja, de aprofundamento) para quatro dimensões de SOC (Tabela 5). Este breve instrumento foi desenhado pelos idealizadores

da DY-BOCS para os propósitos específicos deste estudo, e foi adicionado ao instrumento a ser descrito no próximo item. A inclusão do DY-BOCS em sua forma completa (88 itens, divididos em seis dimensões, com avaliação de gravidade, incluindo-se tempo, incômodo e interferência de cada dimensão) tornaria inexequível o estudo, devido ao longo tempo de administração.

- **Rastreamento de História Familiar de Sintomas Psiquiátricos (*FHS-Family History Screening*)** (Milne et al., 2009): Entrevista internacionalmente validada, composta por 37 questões para rastreamento de sintomas e 20 questões intensificadoras (ou de aprofundamento). Esta escala, adicionada ao instrumento anterior, teve duração aproximada de 40 a 60 minutos. Foi aplicada na primeira etapa (presencialmente, quando não possível, por telefone) acerca dos dados de todos os familiares, abordando sintomas psiquiátricos e variáveis de comprometimento escolar, social e busca por tratamentos prévios (ANEXO C).

4.1.4 Desfechos e Fatores Associados de Interesse

Os desfechos de interesse da primeira etapa são listados na tabela 4. Para tal, foram considerados os sintomas psiquiátricos aqueles que foram referidos como positivos no FHS (ANEXO C) na vigência de um intensificador também positivo. O item intensificador é um qualificador dos sintomas, ou seja, com a função de aumentar sua especificidade. A fim de incluir amostras maiores e evitar erro tipo II,

os sintomas rastreados pelo FHS foram agrupados de acordo com os seguintes transtornos: transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos disruptivos, transtornos psicóticos, transtornos de linguagem e de aprendizagem.

Os SOC (geral) e suas dimensões foram extraídos da versão de 7 itens de rastreamento adaptada da DY-BOCS (Tabela 5). As medidas de comprometimento foram consideradas a partir das questões do FHS sobre: tratamento psiquiátrico prévio, prejuízo do funcionamento global, recusa ou evasão escolar e comportamento delinquente.

Tabela 5 - Questionário adaptado da versão de rastreamento da DY-BOCS.

T11. Alguém da sua família já se sentiu incomodado (a) por uma necessidade das coisas estarem perfeitas ou exatas, OU já teve preocupações com simetria, em fazer coisas repetidas vezes até que os objetos estejam arrumados ou simétricos?

T11A [Se sim para 11], Essa pessoa gastava muito tempo com “manias” de arrumar ou organizar?

T12. Alguém na sua família já sentiu muito medo de estar doente? E quanto a ter medo de estar contaminado por bactérias ou sujeira?

T12A. [Se SIM para 12], Essa pessoa precisou lavar ou limpar excessivamente, ou de uma maneira ritualizada, seu próprio corpo ou objetos? Já teve mania de limpeza?

T13. Alguém da sua família já se sentiu incomodado (a) por preocupações ou medos de que algo muito ruim (Ex. mortes, acidentes) possa acontecer? E quanto a ter pensamentos impróprios de conteúdo sexual ou religioso?

T13A. [Se SIM para 13], Essa pessoa precisou fazer alguma coisa repetidas vezes, tais como rezar, ou confessar, para afastar esses pensamentos de agressão, sexuais ou religiosos?

T14. Alguém da sua família já chegou a guardar ou colecionar MUITAS coisas ou objetos?

4.1.5 Análise Estatística

A prevalência de desfechos e dos dados sociodemográficos dessa etapa são apresentados em percentuais. Para verificar a relação de SOC e das suas dimensões entre as crianças-index e seus familiares biológicos de primeiro grau (pai, mãe e irmãos), fizemos cinco modelos de Equações de Estimação Generalizadas ou *Generalized Estimating Equations* (GEE) (Liang & Zeger, 1986). O método de GEE permite a introdução de indivíduos com grau de dependência entre si em um modelo linear generalizado (McCullagh & Nelder, 1989). Em nosso estudo, a dependência é encontrada nos diferentes pares de uma mesma família. Assim, o modelo de GEE é uma alternativa adequada para estudar a associação familiar e a herdabilidade de sintomas. Estabeleceram-se todos os possíveis pares (díades) de crianças-index versus familiares de primeiro grau, em cada família. As repetições do modelo foram compostas pelos pares: criança x pai, criança x mãe, criança x irmão 1, criança x irmão 2 (...) criança x irmão N. Os resultados apresentados pelo modelo GEE são: as estimativas de cada efeito, suas respectivas razões de chance (*odds ratio*: OR), os intervalos com 95% de confiança das OR e os testes de significância (valores de P). Testes post-hoc de Tukey (Hsu, 1996) foram utilizados para verificar as três relações possíveis dependendo do grau de parentesco dos pares (relação com pai, mãe ou irmãos), no sentido de corrigir o P valor para comparações múltiplas. Por fim, para estimar a matriz de correlação entre os pares de uma mesma família, utilizamos uma estrutura de correlação *exchangeable*, na qual assumimos uma mesma correlação entre todos os pares (díades) de uma mesma família. Essa estrutura de correlação faz parte do modelo GEE e torna a análise mais robusta, uma vez que considera todas as

relações criança-index versus familiares de primeiro grau, permitindo estimativas e interpretações acerca da influência de todos os familiares de primeiro grau na gênese de sintomas. Utilizaram-se os softwares SPSS: *Statistical Package for Social Sciences* versão 14.0. e R 3.0.2 (www.r-project.org) para armazenamento e análise de dados. Um estatístico (RCC) participou de todas as etapas deste projeto, do desenho do estudo à interpretação dos resultados.

4.2 Detalhamento: Etapa II

4.2.1 Participantes

- N= 2.512 escolares entre 6 e 12 anos (subamostra das crianças-index).
- Critérios de inclusão: as crianças nessa etapa foram selecionadas a fim de compor a linha de base de uma coorte, projeto inserido no INPD (“Projeto Prevenção”). Esta sub-amostra foi composta por dois grupos: grupo “em risco” e grupo “normal”. O grupo “em risco” foi formado a partir dos dados coletados pela FHS. Criou-se um índice de psicopatologia individual e familiar (“*Family Loading Index*”) que foi utilizado para classificar os indivíduos de acordo com a carga de psicopatologia reportada no FHS em cinco grandes áreas de interesse: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de ansiedade TOC, transtornos de aprendizagem e sintomas psicóticos. Indivíduos com maiores cargas individuais e familiares de psicopatologia em uma ou mais das cinco áreas

supracitadas foram ranqueados como sendo sujeitos de interesse. A partir de sua alocação no *ranking*, foram chamadas 2.371 crianças para a formação do grupo “em risco”, dos quais 76% (n=1.554) completaram a avaliação. O grupo “normal” foi formado a partir do banco inicial de avaliações realizadas na fase de triagem e consistia inicialmente de 1.500 indivíduos aleatorizados. Aproximadamente 73% (n=958) dos indivíduos deste grupo completaram as avaliações.

- Critérios de Exclusão: recusa ou não preenchimento das entrevistas ou do termo de consentimento, transferência para outra escola não participante do projeto e impossibilidade de estabelecer contato a partir dos dados fornecidos na fase de triagem. Os principais motivos para exclusão foram: recusa em participar do projeto (13,3%), transferência de escola (12,4%), e impossibilidade de se estabelecer contato (7,5%).

4.2.2 Coleta de Dados

Nesta fase, os procedimentos de treinamento duraram dois dias completos. Os entrevistadores leigos participaram das sessões de instrução ministradas pelos psiquiatras (supracitados) do INPD acerca da estrutura do projeto, das principais síndromes psiquiátricas e fatores de risco, da confidencialidade e das questões éticas de recolhimento de informação psiquiátrica. Houve ainda treino com técnicas de simulação e *role-playing* para eventuais situações difíceis ou constrangedoras. Cada entrevistador foi avaliado pela equipe de pesquisa por meio de observação e de

avaliação escrita por testes de múltipla escolha, sendo aceitos apenas aqueles que demonstraram nível satisfatório de desempenho. Os dados foram coletados através da mãe e/ou do pai biológico no domicílio das crianças-index (91,5% dos casos, a respondente foi a mãe biológica). No caso do pai e da mãe estarem presente na avaliação, priorizavam-se as respostas do cuidador que passava mais tempo com a criança.

4.2.3 Instrumentos de Avaliação

- **Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA: *Development and Well-Being Assessment*)** (Goodman et al., 2000). Instrumento desenhado para gerar diagnósticos psiquiátricos na infância e na adolescência baseado nos critérios da CID 10 (WHO, 1992) e do DSM-IV (APA, 1994), traduzido e validado para português [detalhamento, vide <http://www.dawba.info>]. Além de fornecer diagnósticos psiquiátricos, o DAWBA inclui outras medidas que avaliam o funcionamento de crianças e de adolescentes, como o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), que lista uma série de comportamentos positivos e adaptativos (ex: sociabilidade, solicitude, ponderação) e mal adaptativos (ex: isolamento, crises de birra, agitação), e fornece uma pontuação dimensional resultante da soma dos itens de capacidades e dificuldades.

- ***The Child Behavior Checklist (CBCL)*** (Achenbach, 1991). Escala de simples aplicação composta por 138 itens, que avalia competências e problemas de comportamento em crianças e adolescentes. Dos itens do CBCL derivam-se dimensões de comportamentos que vem sendo amplamente estudadas na literatura como formas dimensionais alternativas e complementares ao modelo categorial do DSM. Neste estudo avaliamos as dimensões de ansiedade/ depressão, queixas somáticas, problemas de competência social, quebra de regras, agressividade, comportamentos internalizante (ex: comportamentos relacionados à ansiedade, depressão ou retração social) ou externalizantes (ex: comportamentos disruptivos, de confronto e extraversão). Itens da CBCL relacionados aos SOC: perguntas referentes a preocupações/ obsessões (CL9), a obsessões de agressão (CL 31), ao perfeccionismo, (CL 32), tiques (CL 46) compulsões (CL66), e ao colecionismo (CL83).
- **Questionário sobre fatores de risco:** Utilizamos questões fechadas a serem respondidas pela criança e pela mãe acerca de fatores risco ante e perinatais (baixo peso ao nascimento, baixo APGAR, prematuridade, tabagismo ou etilismo materno durante a gestação), pós-natais, como traumatismo craniano ou doenças graves na infância, abuso físico, sexual, *bullying*, fatores de vulnerabilidade social (passagem por conselho tutelar e instituições sociais), comprometimento escolar (recusa ou evasão escolar, repetência ou expulsão), e busca por atendimentos em saúde mental (regime de internação ou ambulatorial).

- **Classificação Socioeconômica: Critério Abipeme:** desenvolvida pela Associação Brasileira de Anunciantes/Associação Brasileira dos Institutos de Mercados, amplamente utilizada em estudos geográficos e em pesquisa médica em nosso meio, compreende índices de natureza social e econômica que estratificam de maneira padronizada a população estudada em cinco classes: A, B, C, D e E (Jannuzzi & Baeninger, 1996). **(Todos os instrumentos supracitados encontram-se na apostila da etapa domiciliar do INPD (ANEXO D)).**

4.2.4 Desfechos e Fatores Associados de Interesse

Os desfechos de interesse da Etapa II são descritos na tabela 4. Os diagnósticos psiquiátricos segundo a DSM-IV foram compostos pelo DAWBA, respeitando-se rigorosamente as diretrizes do instrumento (www.dawbanet.com). Os SOC foram definidos como a presença de qualquer item obsessão e/ou compulsão pela seção “F” do DAWBA que incluem a presença de rituais nas últimas quatro semanas (item F2) ou presença de obsessões-preocupações (itens F3, F4). A análise preliminar do banco de dados evidenciou baixo número absoluto de diagnósticos de TOC na amostra de crianças (N=7/ 0,02%) pelo modelo de correção do *dawbanet*. Esse baixo N reduziria consideravelmente o poder estatístico do estudo e, como há grande discussão na literatura acerca do rigor do critério diagnóstico de TOC para crianças e adolescentes (Rosário-Campos et al., 2008; AACAP, 2012; Alvarenga et al., 2012), bem como risco de subdiagnóstico de TOC (AACAP, 2012), os idealizadores deste estudo

(ECM, MCR) criaram um critério diagnóstico para TOC adaptando-se os critérios da seção F da DAWBA aos critérios propostos pelo DSM-IV. Incluiu-se, assim, a presença de qualquer obsessão ou compulsão aliada às medidas de consumo de tempo (mais de uma hora ao dia) (item F11), interferência (F12), sofrimento e aborrecimento causado pelos sintomas (F10; F13), porém excluindo-se a necessidade de preenchimento dos seguintes critérios: os “sintomas são excessivos ou irracionais” (por não se aplicar às crianças) (F8), “resistência aos sintomas” (F9), bem como a necessidade do preenchimento do intensificador de sintomas (“muito”, “extremamente”) do DAWBA nos itens F10, F12 e F13. Desse modo, se houve algum grau de incômodo, sofrimento ou de interferência para a criança devido aos SOC, ou se os SOC ocuparam mais de uma hora por dia, o caso foi considerado como TOC.

A adaptação do critério para TOC foi uma decisão inusitada, porém vital para viabilizar o estudo. Em seu favor, a taxa de TOC encontrada após o novo critério foi de 3,07%, o que se aproximou de cifras já relatadas na literatura (Zohar et al., 1992) e de um estudo recente em nosso meio (Vivan et al., 2013). Citamos a definição da DSM-IV (APA, 1994) para auxiliar a compreensão do critério proposto: *“Critério A. Presença de obsessões e ou compulsões (...). Critério B. Em algum momento durante o curso da doença a pessoa reconheceu que suas obsessões ou compulsões são excessivas e não razoáveis (isto não se aplica a crianças); Critério C. As obsessões ou compulsões são excessivas, consomem muito tempo (mais de uma hora por dia), ou interferem significativamente nas rotinas normais da pessoa, no seu funcionamento ocupacional (ou acadêmico) nas atividades sociais ou relacionamentos habituais; Critério D. Se no eixo I houver outro transtorno as*

obsessões ou compulsões não devem ser restritas a ele; Critério E. O transtorno não pode ser devido ao efeito direto de uma substância (...)” (APA, 1994).

4.2.5 Análise Estatística

O objetivo principal da Etapa II é a comparação fenotípica entre os três grupos: TOC, SOC e controle. Como TOC é relativamente infrequente, houve uma grande diferença entre os tamanhos amostrais dos grupos. Tal diferença pode gerar problemas quando utilizamos testes estatísticos convencionais, uma vez que a variância dentro do grupo controle (N grande) é muito menor quando comparada à do grupo TOC (N pequeno). Dessa forma, optou-se por utilizar modelos estatísticos que minimizam esse problema, como mostraremos a seguir.

Para testar as variáveis dicotômicas estabelecemos intervalos Bayesianos de 95% de credibilidade para proporção (Bolstad, 2007), com distribuições *a priori* não informativas, ou seja, consideramos *a priori* que a probabilidade de determinado fator ocorrer é um valor qualquer no intervalo $[0,1]$, ou seja, segue uma distribuição uniforme $(0,1)$ (De Groot, 1989). Neste teste consideramos que a probabilidade de determinado fator (Ex: comorbidade psiquiátrica, fatores de risco) ocorrer dentro de cada grupo possui uma função de densidade com probabilidade específica, que pode ser descrita por uma distribuição logística normal (distribuição *a posteriori*) (Aitchison & Shen, 1980). A partir da distribuição *a posteriori* é possível calcular os intervalos com 95% de credibilidade. Assim, o teste verifica se os intervalos de credibilidade entre os três grupos se cruzam (grupos estatisticamente semelhantes), ou não (grupos estatisticamente diferentes) (Figura 1). Quando os grupos foram

estatisticamente semelhantes, utilizamos letras iguais nas legendas das tabelas (ex: A = A; B = B). Quando os grupos foram estatisticamente diferentes, utilizamos letras distintas (ex: A < B < C). Escalas ordinais foram testadas de maneira semelhante às variáveis dicotômicas, entretanto, para estas, utilizamos intervalos com 95% de confiança de Tukey não-paramétrico (Yandell, 1997). Por fim, para verificar se existe alguma associação entre os grupos em relação à distribuição socioeconômica (escala ABIPEME) realizamos um teste exato de Fisher bicaudal (Agresti, 1990).

Figura 1. A figura composta por cinco gráficos representando as cinco situações estatisticamente possíveis, entre os três grupos estudados, em relação a um determinado parâmetro clínico. Primeira: Controle = SOC = TOC; Segunda: Controle = SOC < TOC; Terceira: Controle < SOC = TOC; Quarta: Controle = SOC e SOC = TOC e Controle < TOC; e Quinta: Controle < SOC < TOC.

4.3 Considerações Éticas

O presente estudo foi aprovado pela CAPPESQ (Protocolo 1132/08) e CONEP (Protocolo 0433/10). O consentimento informado foi obtido junto aos pais com assentimento das crianças e adolescentes. As crianças que receberam diagnóstico de TOC serão encaminhadas para avaliação clínica em projetos adjacentes do INPD (www.inpd.org), que incluem diversas modalidades de tratamento de primeira linha para TOC (Alvarenga et al., submetido C).

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Resultados da Etapa I

A amostra da primeira etapa foi dividida em: escolares de 6 a 12 anos (crianças-index), irmãos de 13 a 18 anos (irmãos biológicos de primeiro grau ou meio-irmãos), pais e mães biológicos (Tabela 6). Como mencionamos em métodos, o critério de inclusão das famílias no estudo foi a presença de, pelo menos, um filho com idade entre 6 e 12 anos (criança-index), regularmente matriculado nas escolas públicas selecionadas pelo INPD. As entrevistas foram realizadas com os pais biológicos da criança, e em 87,6% dos casos a respondente foi a mãe. Como a unidade amostral desta Etapa I do estudo é a família (n=8.012 famílias), é possível que exista mais de uma criança-index por família (irmãos ou meio-irmãos); se as crianças-index de uma mesma família forem meio-irmãos entre si, pode haver mais de um pai biológico por família.

O questionário FHS não inclui uma pergunta sobre a idade dos pais, mas sim sobre o respondente, portanto, as informações sobre as idades dos pais e mães são referentes apenas aos respondentes (87,6% mães e 12,4% pais). Os pais e mães cujos nomes não constavam no banco de dados foram excluídos, juntamente com os irmãos cujas idades ou graus de parentesco não constavam no banco de dados do FHS.

5.1.1 Prevalência de SOC e de suas Dimensões Psicopatológicas

A população total estudada constou de 29.459 sujeitos. A amostra encontrou-se balanceada em sexo, a média de idade foi de 19,95 anos (Tabela 6). A prevalência de SOC na população total foi 19,44 %. Verificou-se uma frequência semelhante de SOC entre crianças-index, seus irmãos e pais, sendo que as mães apresentaram taxa mais elevada (Tabela 6). Em relação às quatro dimensões de SOC, a dimensão de colecionismo foi a mais prevalente na população geral, em crianças e adolescentes (crianças-index e seus irmãos) e nos pais biológicos. Nas mães biológicas, as dimensões agressão/ sexual/ religiosidade e de arranjo/ simetria foram as mais frequentes (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise descritiva das variáveis sociodemográficas e da prevalência de sintomas obsessivo-compulsivos e suas dimensões em escolares de 6 a 12 anos e seus familiares (em percentuais).

	Crianças-index de 6 a 12 anos (n=9.937)	Irmãos Biológicos de 13 a 18 anos (n=3.305)	Pais (n=8.198)	Mães (n=8.019)	Geral (n=29.459)
Sexo (masculino)	52.41	50.35	100	0	51.16
Idade, média (DP)	8.87 (1.9)	15.20 (1.66)	38.73 (8.38)	35.19 (7.09)	19.95 (13.27)
SOC (geral)	14.68	16.55	12.1	34.04	19.44
Arranjo/ simetria	2.18	2.60	3	15.51	6.08
Contaminação/lavagem	3.78	4.30	2.76	11.09	5.54
Agressão/ sexual e religiosidade	2.43	3.18	2.73	15.29	6.10
Colecionismo	9.27	9.68	5.83	9.36	8.11

Legenda: DP: desvio padrão; SOC: sintomas obsessivo-compulsivos;

5.1.2 Agregação Familiar

As Tabelas 7 e 8 são compostas pelas estimativas do modelo GEE com suas respectivas razões de chance (OR), intervalos com 95% de confiança e P valores. Para uso do modelo de convergência *exchangeable*, na qual assumimos uma mesma correlação para todos os pares de uma mesma família, as correlações estimadas variaram de 0,58 a 0,77. No modelo para os SOC em geral, a correlação estimada encontrada foi de 0,72; para a dimensão de arranjo/ simetria de 0,58; para colecionismo de 0,63, para agressão/ sexual/ religiosidade de 0,77. Para o modelo da dimensão de contaminação/ lavagem fixou-se uma correlação de 0,70 com base nas correlações anteriores, a fim de atingirmos a convergência do modelo.

Verificou-se que a presença de SOC no familiar de primeiro grau influenciou significativamente a presença de SOC na criança-index (criança de 6 a 12 anos). Assim, o modelo reportou uma associação positiva e estatisticamente significante de agregação familiar de SOC (Tabela 7). Além disso, essa associação ocorreu em todas as quatro dimensões estudadas entre si (Tabela 8). A dimensão de contaminação/ lavagem apresentou-se como a mais familiar (Tabela 8).

A partir dos testes post-hoc de Tukey, comparamos a força de associação das três relações diádicas possíveis no modelo GEE (pai x criança-index, mãe x criança-index e irmãos x criança-index). Via de regra, as díades compostas por pai x criança-index e irmãos x crianças-index influenciam mais o modelo do que a díade mãe x criança-index (Tabelas 7 e 8). Apenas nas dimensões agressão/ sexual/ religiosidade e colecionismo não houve diferença estatística entre as díades irmãos x criança-index e mães x criança-index. A relação diádica pai x criança-index foi sempre mais forte

do que a relação mãe x criança-index. Ou seja, a presença de SOC e dimensões específicas de SOC nos pais e nos irmãos influencia mais a presença dos respectivos sintomas, ou dimensões, nas crianças-index (quando comparadas às mães).

A presença da dimensão de arranjo/ simetria na criança-index também se associou positivamente com a dimensão agressão/ sexual/ religiosidade em seus familiares de primeiro-grau. A dimensão de contaminação/ lavagem na criança-index correlacionou-se com a dimensão de arranjo/ simetria em seus familiares de primeiro grau. A presença da dimensão colecionismo na criança-index associou-se às dimensões de arranjo/ simetria e contaminação/ lavagem em seus familiares de primeiro-grau. As demais relações entre as dimensões foram testadas e não resultaram significativas. Foram, assim, suprimidas da Tabela 8.

Os SOC (geral) e colecionismo se associaram ao sexo masculino nas crianças. A presença de SOC em geral, bem como todas as quatro dimensões estudadas se associaram ao aumento da idade (Tabelas 7, 8).

Tabela 7 - Agregação familiar dos sintomas obsessivo-compulsivos em geral e sua relação com sexo e idade.

	GEE Estimativa	Erro Padrão	OR	IC 95% (inferior)	IC 95% (superior)	P valor	Tukey P valor
Sexo (Masculino)	0.263	0.078	1.301	1.117	1.516	0.001	-
Idade	0.142	0.018	1.153	1.113	1.193	<0.001	-
SOC em familiar	0.147	0.016	1.158	1.122	1.195	<0.001	-
Mãe (<) pai*	0.038	0.004	1.039	1.030	1.048	<0.001	<0.001
Mãe (<) irmãos*	0.033	0.014	1.033	1.006	1.061	0.015	0.040
Pai (=) irmãos*	-0.005	0.013	0.995	0.969	1.021	0.689	0.915

Legenda: OR: razão de chances, IC: intervalo de confiança, SOC: sintomas obsessivo-compulsivos; *Gradiente de correlação entre as três possíveis díades (pai x criança-index; mãe x criança-index e irmão x criança-index) no modelo de herdabilidade. O símbolo entre parênteses indica se determinado familiar de primeiro grau (pai, mãe ou irmãos) influencia mais (>), menos (<) ou de maneira semelhante (=) o outro familiar de primeiro grau para ocorrência de sintomas na criança-index.

Tabela 8 - Agregação familiar das dimensões dos sintomas obsessivo-compulsivos e sua relação com sexo e idade.

	GEE Estimativa	Erro Padrão	OR	IC 95% (inferior)	IC 95% (superior)	P valor	Tukey P valor
Dimensão Arranjo / Simetria							
Sexo (masculino)	0.007	0.230	1.007	0.641	1.581	0.976	
Idade	0.199	0.057	1.221	1.092	1.365	0.001	
Arranjo e simetria em familiar	0.175	0.084	1.192	1.011	1.404	0.036	
Agressão sexual e religiosa em familiar	0.199	0.07	1.220	1.063	1.399	0.005	
Mãe (<) pai*	0.071	0.017	1.083	1.048	1.120	<0.001	<0.001
Mãe (<) irmãos*	0.138	0.044	1.148	1.053	1.252	0.002	0.005
Pai (=) irmãos*	0.058	0.031	1.060	0.980	1.146	0.145	0.311
Dimensão Colecionismo							
Sexo (masculino)	0.360	0.089	1.433	1.204	1.705	<0.001	
Idade	0.163	0.021	1.177	1.130	1.226	<0.001	
Simetria em familiar	0.060	0.027	1.062	1.007	1.119	0.027	
Colecionismo em familiar	0.118	0.039	1.125	1.042	1.215	0.002	
Contaminação e lavagem em familiar	0.125	0.033	1.133	1.061	1.209	<0.001	
Mãe (<) pai	0.032	0.006	1.033	1.021	1.044	<0.001	<0.001
Mãe (=) irmãos	-0.019	0.017	0.981	0.948	1.015	0.268	0.510
Pai (>) irmãos	-0.052	0.017	0.950	0.918	0.982	0.002	0.007
Dimensão Agressão/ Sexual e Religiosidade							
Sexo (masculino)	0.0810	0.171	1.084	0.775	1.516	0.638	
Idade	0.159	0.042	1.173	1.081	1.273	<0.001	
Agressão, sexual e religiosa em familiar	0.218	0.067	1.244	1.091	1.418	0.001	
Mãe (<) pai	0.054	0.011	1.056	1.032	1.079	<0.001	<0.001
Mãe (=) irmãos	0.060	0.031	1.062	1.001	1.128	0.048	0.117
Pai (=) irmãos	0.006	0.030	1.006	0.950	1.067	0.831	0.975
Contaminação / Lavagem							
Sexo (masculino)	0.099	0.133	1.104	0.851	1.432	0.455	
Idade	0.087	0.035	1.091	1.018	1.169	0.014	
Arranjo e simetria em familiar	0.107	0.043	1.113	1.022	1.213	0.014	
Contaminação e lavagem em familiar	0.361	0.078	1.435	1.233	1.671	<0.001	
Mãe (<) pai	0.078	0.011	1.081	1.058	1.105	<0.001	<0.001
Mãe (<) irmãos	0.101	0.026	1.106	1.052	1.163	<0.001	<0.001
Pai (>) irmãos	0.023	0.023	1.023	0.978	1.071	0.324	0.585

Legenda: OR: razão de chances, IC: intervalo de confiança, SOC: sintomas obsessivo-compulsivos;
 *Gradiente de correlação entre as três possíveis díades (pai x criança-index; mãe x criança-index e irmão x criança-index) no modelo de herdabilidade. O símbolo entre parênteses indica se determinado familiar de primeiro grau (pai, mãe ou irmãos) influencia mais (>), menos (<) ou semelhante (=) o outro familiar de primeiro grau à ocorrência de sintomas na criança-index.

5.1.3 Comparação entre crianças com e sem SOC

A Tabela 9 apresenta dados sociodemográficos, sintomas psiquiátricos e fatores associados em todas as 9.937 crianças-index, comparando-se os grupos com SOC e sem SOC. O grupo com SOC apresenta idade mais avançada, e maior proporção de sexo masculino. Os sintomas psiquiátricos de todos os transtornos estudados, bem como os fatores associados (tratamentos prévios, fatores de comprometimento escolar ou social), foram significativamente maiores no grupo com SOC (Tabela 9).

Tabela 9 - Sintomas psiquiátricos e fatores associados em crianças-index com e sem sintomas obsessivo-compulsivos.

	Crianças-index Total (n=9.937)	Com SOC (n=1.459)	Sem SOC (n=8.478)	P-valor
Sexo Masculino	50.75%	52.22%	50.9%	.001
Idade (DP)	8.87 (1.9)	9.2 (1.81)	8.82 (1.9)	.001
Sintomas de T. Humor	19.16%	36.12%	16.24%	.001
Sintomas de T. Ansiosos	45.84%	68.95%	41.86%	.001
Sintomas de T. Psicóticos	4.94%	12.47%	3.64%	.001
Sintomas de T. Disruptivos	30.59%	45.1%	28.10%	.001
Sintomas de T. Aprendizagem e Linguagem	29.54%	41.6%	27.46%	.001
Tratamentos prévios*	13.63%	22.76%	12.05%	.001
Fatores associados **	6.61%	13.57%	5.41%	.001

Legenda: *tratamento psiquiátrico ambulatorial ou internação anterior; **: prejuízo funcional, recusa ou evasão escolar, comportamento delinquente. P valor. Qui-quadrado; SOC: sintomas obsessivos-compulsivos; (T): transtornos. Note-se que o FHS não possibilita fazermos diagnósticos, mas sim listarmos sintomas dos transtornos.

5.2 Resultados da Etapa II

5.2.1 Perfil Sociodemográfico

A amostra da Etapa II compreendeu 2.512 crianças, divididas em grupos TOC, SOC e controles. Os dados sociodemográficos incluindo sexo, idade e classificação socioeconômica da amostra e dos três grupos estudados estão apresentados na Tabela 10. Não houve diferenças estatisticamente significantes acerca da distribuição de sexo, idade e da classificação socioeconômica entre os grupos.

Tabela 10 - Características sociodemográficas na amostra e nos grupos TOC, SOC e controles.

	Controles	SOC	TOC	Total
N (%)	1.947 (77.50)	488 (19.43)	77 (3.07)	2.512 (100)
Sexo Feminino (%)	44.07 A	46.72 A	44.16 A	44,59
Idade média (DP)	8.87 (1.85) A	8.79 (1.83) A	9.1 (1.82) A	8.86 (1.84)
Classe A (%)	0.41	0.61	0	0.44
Classe B (%)	30.3	23.98	25.97	28.94
Classe C (%)	63.74	68.24	64.94	64.65A
Classe D (%)	5.03	6.76	9.09	5.49
Classe E (%)	0.51	0.41	0	0.48

Legenda: DP: desvio padrão; SOC sintomas obsessivo-compulsivos; TOC: transtorno obsessivo-compulsivo. A classificação socioeconômica utilizada foi ABIPEME. Não houve diferenças estatisticamente significantes acerca da distribuição sexo, idade e classificação socioeconômica entre os grupos.

5.2.2 Características fenotípicas dos SOC

As características fenotípicas dos SOC pelos itens do DAWBA, bem como a correlação com os itens da dimensão de SOC do CBCL, estão apresentados na Tabela 11. O grupo TOC apresentou mais frequentemente obsessões ou compulsões em geral (pelo DAWBA e pelo CBCL), obsessões de contaminação (DAWBA e CBCL), compulsões de lavagem (DAWBA e CBCL), compulsões de repetição e de “tocar” (DAWBA), e colecionismo (CBCL). Os grupos TOC e SOC foram estatisticamente semelhantes acerca de obsessões de agressão e de simetria (DAWBA e CBCL), compulsões de verificação (CBCL) e contagem (DAWBA). Se considerarmos qualquer (“pelo menos um”) item da dimensão de SOC da CBCL, estes foram frequentes em aproximadamente 69% das crianças com TOC, em 59% com SOC e em 36% dos controles (Tabela 11).

Tabela 11 - Características fenotípicas dos grupos TOC, SOC e controles.

Características	Controles N=1.947	SOC N=488	TOC N=77
(%)			
Obsessões DAWBA	0 A	82.17 B	94.80 C
- contaminação	0 A	9.63 B	25.97 C
- agressão	0 A	26.43 B	29.87 B
Compulsões DAWBA	0 A	34.02 B	50.65 C
- lavagem	0 A	30.74 B	48.05 C
- verificação	0 A	15.79 B	23.38 B
- repetição	0 A	29.92 B	64.93 C
- tocar	0 A	11.68 B	24.67 C
- arranjo e simetria	0 A	28.07 B	41.56 B
- contagem	0 A	5.74 B	5.19 B
CBCL 09: obsessões	16.59 A	36.88 B	62.34 C
CBCL 31: obsessões de agressão	14.33 A	22.13 B	31.17 B
CBCL 32: perfeccionismo	19.52 A	36.68 B	50.65 B
CBCL 66: compulsões	5.39 A	20.08 B	63.64 C
CBCL 83: colecionismo	18.49 A	25.82 B	42.86 C
CBCL 46: tiques	9.04 A	22.75 B	49.35 C
CBCL SOC (agrupados)	36.11 A	58.61 B	68.83 C

Legenda: CBCL: *Child Behavior Checklist*; DAWBA: *Development and Well-Being Assessment*; FHS: *Family History Screening*; SOC sintomas obsessivo-compulsivos; TOC: transtorno obsessivo-compulsivo. Os dados são apresentados em porcentagens. As letras A, B, C correspondem à diferença de significância estatística. Quando iguais denotam que os grupos são semelhantes em relação ao teste estatístico utilizado.

5.2.3 Comorbidades e Padrões de Comportamento

Em relação às comorbidades pelo DAWBA, o grupo TOC apresentou prevalência significativamente maior do que os grupos SOC e controles em relação aos seguintes transtornos: transtorno depressivo maior, transtornos de humor (agrupados), transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de déficit de atenção e de hiperatividade (TDAH) e transtornos disruptivos (agrupados) e “pelo menos uma” comorbidade. Os grupos TOC e SOC foram semelhantes acerca da frequência das seguintes comorbidades: fobia social, transtornos ansiosos (agrupados), transtorno de oposição e desafio, transtorno de tiques e transtornos alimentares, com prevalência superior em relação aos controles.

Transtorno de estresse pós-traumático, fobia específica, agorafobia ou transtorno de pânico, transtorno bipolar e transtornos do desenvolvimento foram pouco prevalentes na amostra e não houve diferença acerca da sua prevalência entre os grupos TOC, SOC e controles (Tabela 12).

Tabela 12 - Prevalência de comorbidades psiquiátricas pelo DAWBA (em percentuais) nos grupos TOC, SOC e controles.

Comorbidades (Transtorno DAWBA) (%)	Controles	SOC	TOC
Ao menos uma comorbidade	22.03 A	35.04 B	67.53 C
Ansiedade de separação	1.85 A	5.12 B	14.28 C
Fobia específica	3.34 A	4.51 A	2.60 A
Fobia Social	0.62 A	2.46 B	2.60 B
Agorafobia ou transtorno de pânico	0.05 A	0.41 A	1.3 A
Estresse pós-traumático	0.77 A	1.23 A	2.60 A
Ansiedade generalizada	0.77 A	4.51 B	12.99 C
Qualquer transtorno Ansioso	6.68 A	16.19 B	25.97 B
Depressão maior	1.90 A	4.30 B	19.48 C
Transtorno bipolar	0.10 A	0.41 A	1.30 A
Qualquer transtorno de humor	1.95 A	4.71 B	19.48 C
TDAH	10.22 A	10.04 A	33.76 B
Oposição e desafio	4.78 A	5.74 A B	12.99 B
Conduta	1.44 A	1.64 A B	5.19 B
Qualquer transtorno disruptivo	13.25 A	14.14 A	40.26 B
Global desenvolvimento	0.51 A	0.82 A	1.30 A
De tiques	0.36 A	1.84 B	3.90 B
Alimentares	0.31 A	0.41 A B	2.60 B

Legenda: DAWBA: *Development and Well-Being Assessment*; SOC: sintomas obsessivo-compulsivos; TOC: transtorno obsessivo-compulsivo. TDAH: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; Os dados são apresentados em porcentagens. As letras A, B, C correspondem à diferença de significância estatística. Quando iguais denotam que os grupos são semelhantes em relação ao teste estatístico utilizado.

Em relação à pontuação total na escala CBCL e nas suas dimensões de ansiedade/ depressão, queixas somáticas, problemas de competência social, quebra de regras, agressividade, comportamentos internalizantes e externalizantes, bem como no Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), o grupo SOC apresentou pontuação intermediária entre os grupos TOC (maior comprometimento clínico) e controles (menor comprometimento clínico). A diferença entre os três grupos estudados foi estatisticamente significativa (Tabela 13).

Tabela 13 - Problemas específicos de comportamentos nos grupos TOC, SOC e controles.

Comportamentos Específicos, Média da pontuação (DP)	Controles (n=1947)	SOC (n=488)	TOC (n=77)
CBCL pontuação total*	26.75(25.58) A	39.11(27.94) B	64.81(37.23) C
Ansiedade/Depressão*	3.49(3.7) A	5.68(4.41) B	9.23(5.77) C
Queixas somáticas*	2.21(2.82) A	3.43(3.6) B	5.82(5.19) C
Problemas de competência social*	2.41(2.96) A	3.7(3.35) B	6.09(4.5) C
Quebra de regras*	1.86(2.72) A	2.5(2.97) B	4.05(4.45) C
Agressividade*	5.79(6.42) A	8.19(6.88) B	12.06(8.58) C
Comportamento Internalizante*	7.42(7.73) A	11.74(9.22) B	20.29(12.77) C
Comportamento Externalizante*	7.65(8.69) A	10.69(9.28) B	16.12(12.36) C
SDQ (sintomas)	13.98(7.76) A	17.78(7.24) B	22.05(7.48) C
SDQ (impacto)	0.8(1.47) A	1.2(1.65) B	2.3(2.26) C

Legenda: DP: desvio padrão; *CBCL: *Child Behavior Checklist* e suas dimensões; SDQ: Questionário de Capacidades e Dificuldades; SOC sintomas obsessivo-compulsivos; TOC: transtorno obsessivo-compulsivo. As letras A, B, C correspondem à diferença de significância estatística entre os grupos.

5.2.4 Fatores associados

Fatores de risco perinatais (agrupados), traumatismo crânio-encefálico, abuso físico ou sexual foram parâmetros significativamente mais frequentes no grupo TOC em relação aos grupos SOC e controles. Em relação à história de doenças graves na infância, os grupos TOC e SOC foram semelhantes, entretanto não houve diferença estatística em relação aos grupos TOC e controle. O grupo TOC apresentou-se similar ao grupo SOC acerca da presença de fatores de vulnerabilidade social, problemas escolares (repetência, expulsão ou abandono), *bullying*, e uso de serviços em saúde mental. Entretanto, para essas variáveis, não houve diferenças entre SOC e controles, mas sim entre TOC e controles. Os grupos TOC e SOC foram semelhantes acerca da presença de comprometimento funcional e comportamento delinquente, com frequências significativamente superiores aos controles (Tabela 14).

Tabela 14 – Fatores clínicos associados aos grupos TOC, SOC e controles.

Fatores de Comprometimento	Controles	SOC	TOC
Fatores de risco perinatais*	36.64 A	37.7 A	54.55 B
Doenças graves na infância**	2.47 A	6.15 B	5.19 A B
Traumatismo crânio-encefálico	25.53 A	28.69 A	46.75 B
Abuso físico ou sexual	14.54 A	16.8 A	40.26 B
Vulnerabilidade social***	4.67 A	6.56 A B	11.69 B
Delinquência (roubo ou vandalismo)	4.78 A	8.20 B	7.80 B
<i>Bullying</i>	10.84 A	14.14 AB	22.08 B
Comprometimento funcional	9.14 A	14.34 B	25.97 B
Repetência ou abandono escolar	19.88 A	22.75 A B	33.77 B
Uso de serviço de saúde mental	4.78 A	4.92 A B	11.69 B

Legenda: Apgar inferior a 7 no quinto minuto, prematuridade, baixo peso ao nascimento, fumo ou álcool “quase todos os dias” durante a gestação, traumas de parto; **doenças que causaram internação, como pneumonia ou meningite; ***passagem por conselho tutelar, Vara da Infância e Adolescência ou Fundação Casa. As letras A, B, C correspondem à diferença de significância estatística, quando iguais denotam que os grupos são semelhantes em relação ao teste estatístico utilizado.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

Este estudo contribui de maneira significativa na determinação da prevalência de SOC e das suas dimensões psicopatológicas, bem como da compreensão de suas características clínicas, uma vez que se fundamenta na maior amostra pediátrica (6-12 anos) não-clínica já descrita na literatura. Ademais, foi concebido a partir de um desenho que inclui uma bateria robusta de instrumentos validados internacionalmente (FHS, DAWBA, CBCL, SDQ), além de um instrumento que investiga dimensões psicopatológicas (versão de rastreamento da DY-BOCS) em crianças e em seus familiares biológicos, elaborado por pesquisadores com expertise na área de psicometria e TOC na infância e adolescência. Os principais achados epidemiológicos e clínicos deste estudo, e serão discutidos a seguir.

6.1 Discussão da Etapa I

A primeira etapa do estudo visou a estimar a prevalência de SOC e das dimensões de SOC em uma ampla amostra não-clínica composta por crianças brasileiras que frequentam escola pública e seus familiares biológicos. A amostra pediátrica deste estudo é bastante superior a estudos semelhantes, tanto brasileiros (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004; Vivans et al., 2013) quanto internacionais (Heyman et al., 2001; Canals et al., 2012).

A prevalência de SOC na amostra total (n=29.459; idade média 19,55 anos; DP: 12,7 anos) foi de 19,44%, semelhante ao descrito em estudos anteriores referentes a adolescentes e adultos jovens (Valleni Basile et al., 1994; Apter et al., 1996; Fullana et al., 2009; Mahfouz et al., 2009; Shams et al., 2011). A presença de SOC esteve significativamente relacionada ao sexo masculino em crianças, o que condiz com estudos anteriores (Flament et al., 1988; Mahfous et al., 2009), mas contrasta com outros (Fullana et al., 2009; Cannals et al., 2012) que relatam a mesma frequência entre meninos e meninas. A distribuição de SOC neste estudo assemelha-se à distribuição de TOC na população geral, que tem uma incidência mais elevada na fase pré-puerperal, no sexo masculino e taxas mais elevadas no sexo feminino, em adultos (Karno & Golding, 1990; Flament et al., 1990; Ruscio et al., 2010). Além disso, a alta prevalência de sintomas de colecionismo encontrada, significativamente relacionada ao sexo masculino, pode ter influenciado a distribuição de SOC entre gêneros em nosso estudo. Como esperávamos, a prevalência dos SOC e das quatro dimensões estudadas aumentou progressivamente de acordo com o aumento da idade, ratificando dados da literatura (Valleni-Basile et al., 1996; Essau et al., 2000; Heyman et al., 2001; Fullana et al., 2010), o que de certa forma reproduz o aumento da incidência do TOC no final da adolescência e no início da vida adulta (Karno & Golding, 1990; Flament et al., 1990).

Neste estudo, a dimensão colecionismo foi a mais prevalente entre crianças e adolescentes. Em estudos anteriores que avaliam SOC na população pediátrica, os sintomas de agressão e de verificação (que integram a dimensão agressão/ sexual/ religiosidade) foram os mais frequentes (Valleni-Basile et al., 1994, 1996; Fullana et al., 2010). Os sintomas de colecionismo foram bastante frequentes em alguns estudos

(Valleni Basile et al., 1994) e não foram investigados em outros (Fullana et al., 2009; 2010), o que constitui uma limitação nesses estudos. Os sintomas de colecionismo, aqui encontrados, podem representar SOC fugazes do desenvolvimento normal (Evans et al., 1999), uma vez que o presente estudo inclui pacientes mais jovens que nos anteriores. Além disso, sintomas de colecionismo podem estar presentes em diversos transtornos mentais, e não há consenso entre os autores se a dimensão de colecionismo pertence ao TOC (Mataix-Cols et al., 2010; Torres et al., 2012). Tanto que no DSM V, foi criada uma nova categoria diagnóstica, denominada de “Transtorno de Colecionismo”, que foi incluída no grupo de transtornos relacionados ao TOC (APA, 2013).

Em relação aos pais, houve maior frequência de SOC nas mães biológicas comparadas aos pais, principalmente pela alta frequência das dimensões de arranjo/ simetria e de agressão /sexual/ religiosidade. A alta frequência das dimensões de arranjo/ simetria é compatível com estudos em pacientes com TOC em nosso meio (De Mathis, 2012), que apontam essa dimensão como a mais prevalente. Além disso, a dimensão agressão/ sexual/ religiosidade, em nosso meio, também se associa ao sexo feminino, em adultos (Torresan et al., 2013).

A variabilidade de SOC entre gêneros (pais x mães) é um dado que merece atenção. Provavelmente, representa imprecisão de informação, uma vez que não há relatos de tal desbalanceamento entre gêneros na população adulta. Já que as mães são informantes em 87,6% dos casos (informantes *by proxy*), é provável que elas tenham intensificado as respostas positivas a seu respeito (talvez no sentido de serem encaminhadas a atendimento especializado) e minimizando os SOC de outros membros da família por não reconhecerem tais sintomas (uma vez que muitos SOC

são “segredos”, ou seja, fenômenos da natureza privada dos sujeitos) (Rosário-Campos et al., 2008; Alvarenga et al., 2012). Além disso, cabe lembrar que muitas entrevistas nessa primeira etapa do estudo foram realizadas por telefone, o que pode constituir outro viés de informação.

Chama, ainda, a atenção a prevalência, algo elevada, das dimensões de arranjo/simetria no sexo feminino, sendo que esta dimensão está mais associada ao sexo masculino em pacientes clínicos com TOC (De Mathis, 2012). Além dos vieses de informação já mencionados, cabe ressaltar que é possível que, devido à brevidade do instrumento utilizado, estes SOC representem manifestações leves e frequentes em mulheres que organizam e arrumam a casa, por exemplo, e não se relacionem, propriamente, com um sintoma do TOC.

O principal achado dessa etapa do estudo é que a presença de SOC (geral) nas crianças-index, bem como a das quatro dimensões estudadas, se associa positiva e significativamente à presença de tais sintomas nos familiares de primeiro grau destas crianças. Assim, de maneira análoga ao que ocorre em populações clínicas com TOC (Alsobrook et al., 1999; Leckman et al., 2003; Hanna et al., 2005), os SOC agregam-se em famílias também em populações não-clínicas. Este dado corrobora a validade do construto dimensional dos SOC, pois verifica que as dimensões, além de ser estáveis (Mataix-Cols et al., 2005) e de envolver vias neuronais mais específicas (Van den Heuvel et al., 2009; Alvarenga et al., 2012), são manifestações de caráter familiar em populações clínicas e não-clínicas.

A dimensão de contaminação/ lavagem apresentou agregação familiar de maior intensidade do que as demais. Este dado contradiz alguns estudos anteriores que relataram as dimensões de arranjo/ simetria e sintomas de verificação como os mais

familiares (Alsobrook et al., 1999; Leckman et al., 2003; Hanna et al., 2005). No entanto, é congruente com achados de um estudo em nosso meio, que observou padrão familiar significativo da dimensão de contaminação/ lavagem (Chacon et al., 2007).

Os testes *post-hoc* de Tukey resultam na análise da influência do grau de parentesco na gênese de SOC, o que é interessante para se compreender melhor a etiopatogenia do TOC. A presença de SOC e de suas dimensões psicopatológicas em irmãos biológicos e nos pais influenciou de maneira mais significativa a presença dos respectivos sintomas nas crianças-index, quando comparada a presença de SOC nas mães. Apesar do desenho desse estudo não permitir a investigação do papel de fatores familiares genéticos e não-genéticos separadamente, estes resultados são interessantes pois contradizem estudos anteriores, que se concentraram na díade mãe-criança (Leckman et al., 2003; Taberner et al., 2009). O achado de que o pai influencia mais do que a mãe na gênese de SOC e de suas dimensões nos filhos pode refletir papel do sexo na expressão de sintomas, uma vez que subtipos de TOC, como TOC de início precoce (Rosário-Campos, 1998; Rosário-Campos et al., 2008) e TOC relacionado a tiques (Rosário-Campos et al., 2008; De Mathis et al., 2011; Alvarenga et al., 2012) também associam-se mais fortemente ao sexo masculino. Este resultado pode, ainda, representar um viés de relato, uma vez que a taxa de SOC dos pais é expressivamente inferior à das mães, sendo possível que exista maior especificidade nos dados referentes aos pais. Já a alta correlação de SOC e de suas dimensões entre irmãos provavelmente aponta uma influência ambiental para a gênese desses sintomas, uma vez que irmãos, em geral, convivem por mais tempo juntos e compartilham mais fortemente o ambiente se comparados aos seus pais. Futuros

estudos longitudinais com gêmeos criados separadamente, ou meio-irmãos criados no mesmo ambiente são necessários para esclarecer essa questão. Na análise de agregação familiar deste estudo optamos por incluir apenas familiares biológicos de primeiro-grau, utilizando-se um modelo estatístico (GEE) mais simples e robusto (Liang & Zeger, 1986). Além disso, não tínhamos a mesma confiança nos dados referentes aos meio-irmãos quando comparados aos de irmãos de primeiro grau (em sua maioria, aqueles eram adolescentes mais velhos e muitos não residiam com o respondente). Cabe a ressalva que a análise do grau de parentesco é uma variável utilizada mais para controle do modelo estatístico GEE, e assim deve ser vista com cautela e quando interpretada de maneira isolada.

Apesar da relação significativa da agregação familiar de SOC e dimensões, a força das associações (expressa como razão de chance ou OR) não foi tão alta quanto as observadas em estudos de famílias de pacientes com TOC em tratamento (Hanna et al., 2005), mas se assemelham àquelas encontradas em estudos de famílias de portadores de TOC subclínico (Alsobrook et al., 1999). A presença de dimensão de arranjo/ simetria nas crianças-index também se associou positivamente com a dimensão agressão/ sexual e religiosa em familiares de primeiro grau. A dimensão de contaminação/ lavagem nas crianças-index, associou-se com a dimensão de arranjo/ simetria em familiares de primeiro grau. A presença da dimensão colecionismo nas crianças-index associou-se às dimensões de arranjo/ simetria e contaminação em familiares de primeiro grau. Essas associações positivas indicam que a presença de uma dimensão de sintoma pode influenciar a ocorrência de outra dimensão, o que é esperado, já que as dimensões de SOC sobrepõem-se em pacientes clínicos (De Mathis, 2012) e não clínicos (Fullana et al., 2010).

O grupo de crianças-index com SOC (geral) apresenta maior frequência de sintomas psiquiátricos entre todos os transtornos estudados comparados ao grupo sem SOC. Finalmente, fatores associados agrupados (tratamentos prévios, problemas escolares e comportamento delinquente) foram significativamente maiores no grupo com SOC. Esses resultados demonstram que a presença de SOC, mesmo na ausência da síndrome completa (TOC), já acarreta maior nível de comprometimento e comorbidades, o que condiz com estudos anteriores (Apter et al., 1996; Fullana et al., 2009; de Bruijn et al., 2010; Adam et al., 2011; Blom et al., 2011). Concordamos com os autores que afirmam que a simples presença de SOC e TOC subclínico já merece atenção na prática clínica (Fullana et al., 2009). Estudos anteriores sugerem, ainda, que SOC é um fator de risco para TOC e para outros transtornos mentais (Black & Gaffney, 2008; Fullana et al., 2009; Voltas et al., 2013), o que será esclarecido em futuros estudos longitudinais. Devemos interpretar nossos dados com cautela, pois parcela das crianças-index com SOC poderia apresentar TOC, diagnóstico que não se fez possível com os instrumentos de avaliação preliminar empregados na Etapa I. Além disso, fatores clínicos de comprometimento (problemas escolares, comportamento delinquente e prejuízo funcional) foram agrupados por terem sido pouco frequentes na amostra, o que limita a extrapolação desse dado. Finalmente, o FHS é um instrumento de triagem, assim os sintomas apontados não caracterizam transtornos mentais propriamente ditos, o que foi investigado na segunda etapa deste estudo.

6.2 Discussão da Etapa II

A segunda etapa do estudo inclui uma amostra significativa de crianças-index (n=2.512) selecionada a partir da primeira etapa do estudo, entretanto bem mais reduzida. Nesta etapa, foi utilizado um protocolo de avaliação clínica robusto e internacionalmente validado, incluindo instrumento (DAWBA) para diagnóstico psiquiátrico e outros instrumentos (CBCL, SDQ) para avaliação de padrões de comportamentos. A prevalência de SOC (19,43%) definida pela DAWBA foi ligeiramente superior à prevalência encontrada na primeira etapa do estudo nas crianças-index (14,7%), o que pode estar relacionado às diferenças em relação aos instrumentos utilizados e à inclusão de sujeitos “em risco” (com maior grau de psicopatologia pessoal e familiar) na segunda etapa. Ainda assim, a frequência de SOC é compatível com aquela descrita na literatura, na infância e adolescência (Valleni-Basile et al., 1994; Mahfouz et al., 2009; Vivan et al., 2013).

Já a prevalência de TOC, adaptando-se os critérios da DAWBA ao DSM-IV, foi 3,07%. Apesar de superior à maioria dos relatos epidemiológicos na infância e adolescência (Essau et al., 2000; Heyman et al., 2001), a prevalência encontrada neste estudo assemelhou-se a relatos internacionais (Zohar et al., 1992) e a um estudo recente realizado em nosso meio (Vivan et al., 2013), o que respalda nosso achado. Ainda que maior do que esperávamos, a prevalência de TOC pelo critério utilizado nos parece mais fidedigna do que a prevalência encontrada (0,2%) utilizando-se rigorosamente o critério do *dawbanet*, cujas limitações para o diagnóstico de TOC na infância foram apontadas no método. Além disso, há discussão na literatura acerca do rigor do critério diagnóstico de TOC para crianças e adolescentes (Rosário-

Campos et al., 2008; AACAP, 2012; Alvarenga et al., 2012), bem como tendência ao subdiagnóstico de TOC em crianças (AACAP, 2012). Logo, optou-se por um critério diagnóstico mais inclusivo.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à distribuição por sexo nesta etapa, o que condiz com alguns estudos (Canals et al., 2012; Voltas et al., 2013) mas contrasta com outros (Flament et al., 1988; Mahfous et al., 2009), que relatam maior prevalência do fenômeno obsessivo-compulsivo em meninos. Além disso, o DAWBA não inclui questões acerca de “colecionismo”, dimensão que esteve fortemente relacionada ao sexo masculino na primeira etapa do presente estudo. Estranhamente, os grupos TOC e SOC não se associaram ao aumento da idade comparados aos controles, o que contrasta com a literatura (Valleni-Basile et al., 1996; Essau et al., 2000; Heyman et al., 2001; Fullana et al., 2010) e com os achados na primeira etapa do estudo. O grupo TOC é composto por crianças discretamente mais velhas do que os demais grupos, entretanto essa diferença não atingiu significância estatística pelo método utilizado e pela amostra relativamente reduzida (quando comparada a Etapa I). Os grupos TOC, SOC e controles foram semelhantes no quesito da classificação socioeconômica, o que condiz com a maioria dos estudos na literatura (Shams et al., 2011) e contrasta com outros (Heyman et al., 2001) que sugerem que o TOC esteja associado a uma condição socioeconômica inferior.

Em relação às características fenotípicas, tanto a partir do DAWBA, quanto pelo CBCL, o grupo TOC apresentou mais frequentemente obsessões ou compulsões em geral, sintomas de contaminação e lavagem. O colecionismo, que pode ser identificado apenas pelo CBCL, também foi mais frequente no grupo TOC.

Curiosamente, estudos anteriores demonstram que a presença de obsessões de contaminação está associada a uma maior gravidade clínica e à persistência dos sintomas na vida adulta (Fullana et al., 2009). Da mesma forma, colecionismo, como dimensão de SOC, também se associa a uma maior gravidade clínica (Torres et al., 2012), o que pode justificar a maior frequência destes eventos em TOC quando comparado ao SOC. Os grupos TOC e SOC foram estatisticamente semelhantes acerca de diversos sintomas obsessivo-compulsivos (obsessões de agressão, obsessões de simetria, compulsões de verificação, contagem e “perfeccionismo”) o que aponta para a proximidade fenotípica entre os grupos. Assim, houve forte correlação entre os mesmos sintomas acessados pela DAWBA e pela CBCL, o que denota consistência do estudo. Entretanto, se considerado qualquer (“pelo menos um”) item da dimensão de sintomas obsessivo-compulsivos da CBCL, este foi frequente em aproximadamente 69% das crianças com TOC e 59% com SOC pela DAWBA, ou seja, houve respostas negativas do CBCL em portadores de SOC e TOC pela DAWBA. Além disso, houve respostas positivas da dimensão SOC da CBCL em 36% dos controles, o que indica que a definição e a identificação de SOC são complexas e que dependem fortemente do instrumento utilizado. As perguntas sobre SOC podem ser de difícil interpretação ou causar constrangimento. Outrossim, SOC podem ser um fenômeno “secreto” para muitas crianças e adolescentes, e também adultos (Alvarenga et al., 2012; Rosário-Campos et al., 2008). Apesar do CBCL ser considerado um excelente instrumento para rastrear SOC (Nelson et al., 2001), utilizamos a conceituação e a lista de SOC da DAWBA para definir os grupos, uma vez que foi esse o diagnóstico “padrão ouro” utilizado pelo INPD.

Em relação às comorbidades psiquiátricas, de maneira esperada, o grupo TOC apresentou maior número e maior proporção de comorbidades quando comparado aos grupos SOC e controle. Houve prevalência relativamente alta de transtorno depressivo, transtornos ansiosos (principalmente ansiedade de separação e transtorno de ansiedade generalizada), TDAH/ transtornos disruptivos, transtorno de tiques e transtornos alimentares no grupo TOC, o que condiz com estudos anteriores (Heyman et al., 2001; Geller, 2006; Vivan et al., 2013). Os SOC, mesmo na ausência de TOC, estiveram associados ao aumento da frequência de comorbidades psiquiátricas quando comparados a controles. Esse dado reproduz achados da literatura (Flament et al., 1988; Zohar et al., 1992; de Bruijn et al., 2010; Shams et al., 2011). Ademais, o perfil de comorbidades do grupo SOC assemelhou-se ao grupo TOC, chegando a ser estatisticamente equivalente em relação aos seguintes transtornos: fobia social, transtornos ansiosos (agrupados), transtorno de oposição e desafio, transtorno de tiques e transtornos alimentares. Observam-se, portanto, cifras superiores de diversos transtornos em todos os grupos estudados (por exemplo: TDAH e transtornos disruptivos) quando comparadas à população pediátrica brasileira comunitária (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). Estas diferenças possivelmente se devem ao fato de terem sido incluídos um número substancial de sujeitos “em risco” nessa etapa do estudo ($1.554 / 2.512 = 61,9\%$).

Em relação a padrões de comportamento específicos da infância, estudados de maneira padronizada por escalas validadas (CBCL e SDQ), o grupo SOC apresentou pontuação intermediária entre os grupos TOC (maior comprometimento) e controles (menor comprometimento). A pontuação nas dimensões do CBCL de ansiedade/ depressão, queixas somáticas e comportamentos internalizantes alinhou-se ao padrão

de comorbidades já descrito, por exemplo, em relação à presença de transtornos ansiosos e depressivos nos grupos TOC e SOC. As dimensões referentes à quebra de regras, à agressividade e aos comportamentos externalizantes alinham-se ao padrão de comorbidade com TDAH/ transtornos disruptivos nos grupos TOC e SOC. Nesse sentido, a associação de TOC com comportamentos internalizantes, sintomas depressivos e ansiosos já foi adequadamente descrita na literatura (Black & Gaffney, 2008). Mais recentemente, TOC vem sendo associado aos padrões externalizantes e à desregulação de comportamento (Mcguire et al., 2013). A própria natureza clínica dos SOC acarreta a comportamentos como confrontação, oposição e agressividade, o que, muitas vezes, se associa ao aumento da acomodação familiar aos sintomas (Mcguire et al., 2013).

O grupo SOC apresentou pontuação intermediária entre os grupos TOC (maior comprometimento) e controles (menor comprometimento) em relação aos problemas de competência social (CBCL) e ao questionário de capacidades e dificuldades (SDQ), ou seja, o fenômeno obsessivo-compulsivo se associou a um pior rendimento nas esferas sociais, à redução de comportamentos positivos e ao aumento de comportamentos mal adaptativos. É possível que crianças com SOC já apresentem os déficits nas esferas social e emocional descritos em TOC, os quais são associados a alterações neuropsicológicas (Grisham et al., 2010). Esse achado vai de encontro a relatos da literatura (de Bruijn et al., 2010; Black & Gaffney, 2008; Canals et al., 2012) e tem grande relevância clínica pois indica que, além da prevalência aumentada de comorbidades psiquiátricas, crianças com SOC, mesmo na ausência de TOC, apresentam comprometimento social e comportamental, sugerindo possível benefício de intervenções terapêuticas precoces.

Finalmente, uma série de outros fatores clínicos foi avaliada nos três grupos. Fatores de risco perinatais, traumatismo crânio-encefálico, abuso físico ou sexual foram parâmetros significativamente mais frequentes no grupo TOC em relação aos grupos SOC e controles. Nesse sentido, traumas perinatais (Vasconcelos et al., 2007; Geller et al., 2008) e abuso físico ou sexual durante a infância (Grisham et al., 2011) já foram previamente descritos em TOC, e possivelmente são fatores determinantes na gênese da doença completa em crianças predispostas. Traumatismo crânio-encefálico também se relaciona ao surgimento abrupto de TOC em crianças (Grados et al., 2008). Entretanto, esses fatores de risco devem ser analisados com cautela, uma vez que foram encontrados com frequência em toda a amostra (o que pode estar relacionado à baixa especificidade do dado).

Os grupos TOC e SOC foram semelhantes em relação à presença de fatores de vulnerabilidade social (passagem por conselho tutelar, Vara da Infância e Adolescência ou institucionalização), problemas escolares (repetência, expulsão ou abandono), *bullying*, e uso de serviços de saúde mental. Entretanto, para essas variáveis, não houve diferenças entre TOC e SOC, e SOC e controles, mas sim entre TOC e controles, o que denota, em realidade, que o grupo SOC esboçou um padrão intermediário em relação aos grupos TOC e controle para essas variáveis. Os grupos TOC e SOC também foram semelhantes em relação à presença de comprometimento funcional e de comportamento delinquente, com frequências significativamente superiores aos controles. Cabe mencionar que, em relação aos problemas escolares, estudos anteriores demonstraram que portadores de TOC, mas não SOC, apresentam pior desempenho escolar (Canals et al., 2012), o que não contradiz o nosso achado. Em relação ao pior funcionamento global e ao aumento de comportamentos

delinquentes em TOC e SOC, nossos achados também vão de encontro ao descrito na literatura (Blom et al., 2011; Canals et al., 2012) e possivelmente se justificam pelos problemas de comportamento e de socialização apontados anteriormente. Pior desempenho em habilidades sociais em portadores de TOC tem sido relacionado ao *bullying* na literatura (Bejerot & Mörtberg, 2009). É possível que o padrão intermediário em relação ao *bullying* encontrado em SOC se deva à presença do grau inferior de sociabilidade em relação aos controles. Finalmente, o uso de serviços de saúde mental é uma medida indireta da psicopatologia aumentada já descrita nos grupos em SOC e TOC, o que está de acordo com a literatura (Canals et al., 2012). Um dado muito importante é que apenas 11,7% dos portadores de TOC em nossa amostra buscaram ou foram encaminhados a serviços de tratamento mental, o que é amplamente discutido na literatura (Heyman et al., 2001; AACAP, 2012).

Assim, a Etapa II do estudo demonstrou que o grupo SOC apresentou características fenotípicas semelhantes ao TOC, ou intermediárias entre TOC e controles, no que se refere ao tipo de SOC, presença (e tipo) de comorbidades, problemas específicos de comportamento e outras variáveis de comprometimento. Ou seja, SOC têm impacto clínico sob diversos pontos de vista. Estes dados fornecem evidências adicionais de que há um contínuo psicopatológico e de impacto clínico entre SOC e TOC o que é importante, não apenas para aprimorar a compreensão da natureza do TOC, mas para se estabelecer estratégias de tratamento precoce e de prevenção.

6.3 Principais Limitações do Estudo

Etapa I

- O desenho transversal traz uma série de limitações, como possível viés de memória e impossibilidade da estipulação de risco relativo e causalidade. Estudos com desenho longitudinal trarão respostas mais conclusivas para algumas das hipóteses aqui levantadas;
- O estudo não foi delineado pelos pesquisadores do INPD com o propósito de avaliar uma amostra representativa da população geral. Portanto, a generalização dos resultados deste estudo (que concentra sujeitos residentes em dois grandes centros urbanos) para outras populações não-clínicas deve ser cautelosa. Crianças dessa mesma faixa etária que estão fora da escola não foram incluídas e, mesmo que em número reduzido, poderiam apresentar maior nível de psicopatologia. Além disso, a amostra da segunda etapa do estudo, apesar de não-clínica, incluiu sujeitos “em risco” com mais sintomas psicopatológicos e/ou antecedentes familiares de transtornos mentais.
- Os instrumentos utilizados na primeira etapa (FHS e versão de rastreamento da DY-BOCS) incluem questões qualitativas e com intensificadores, porém não avaliam cada dimensão dos sintomas como variável contínua. Assim, é possível descrever a ocorrência dos mesmos, porém não medir a gravidade de cada dimensão. O instrumento de triagem baseado na DY-BOCS não foi validado. Uma vez que a bateria completa

empregada pela coorte do “Projeto Prevenção” (INPD) era muito longa, o uso da versão original completa da DY-BOCS (“padrão ouro”) tornaria a entrevista dispendiosa e cansativa. Por essa razão, julgamos a sua inclusão inadequada.

- Há provavelmente imprecisões de informação, devido ao emprego de entrevistas telefônicas e também pelo fato de que 87,6% dos questionários foram respondidos pela mãe biológica (entrevista *by proxy*, e não diretamente), e porque muitos SOC são mantidos em segredo.

Etapas II

- Limitações inerentes aos estudos transversais;
- Apesar de subtraída de uma amostra não-clínica comunitária, 61,9% da amostra da Etapa II é composta por crianças com altos índices de psicopatologia familiar e pessoal, e portanto, não representativa da comunidade geral;
- O diagnóstico de TOC na Etapa II foi realizado por experts em TOC respeitando-se os critérios propostos pelo DSM-IV. Entretanto, houve adaptação dos critérios do DAWBA, devido ao seu excessivo rigor, para os do DSM-IV;
- As variáveis clínicas estudadas nos grupos TOC, SOC e controles não foram controladas para presença de comorbidades psiquiátricas, o que

poderia ter sido realizado utilizando-se modelos de regressão ao invés do método bayesiano utilizado.

6.4 Perspectivas Futuras

Estudos longitudinais são necessários para verificar se os SOC constituem um pródromo do TOC ou de outros transtornos mentais. Além disso, estudos transversais e longitudinais (incluindo outras técnicas, como genética, neuropsicologia e neuroimagem) podem ajudar na compreensão da etiopatogenia dos SOC e TOC, bem como fornecer marcadores biológicos válidos. Finalmente, ensaios clínicos de intervenção precoce em SOC ou grupos “em risco” para TOC podem reduzir o desenvolvimento de TOC ou atenuar sua expressão.

7 Conclusão

7 CONCLUSÃO

7.1 Conclusões da Etapa I

- A prevalência de SOC na população de crianças escolares de 6 a 12 anos foi de 14,7%; nos irmãos biológicos, de 16,5%; nos pais biológicos, de 12,%; e nas mães biológicas de 34%. Os SOC aumentaram com o avançar da idade. A dimensão de colecionismo foi a mais prevalente na amostra, e esteve associada ao sexo masculino;
- Houve agregação familiar de SOC (geral) e todas as quatro dimensões estudadas, entre si. A dimensão de contaminação/ lavagem foi a mais familiar. Os SOC das crianças-index estiveram mais fortemente associados à presença de SOC no pai e nos irmãos;
- O grupo de crianças com SOC apresentou maior proporção de meninos e de crianças mais velhas quando comparado ao grupo de crianças sem SOC;
- O grupo de crianças com SOC apresentou mais fatores clínicos associados (ex.: comprometimento escolar, social e tratamentos prévios) quando comparado às crianças sem SOC.

7.2 Conclusões da Etapa II

- Os grupos de crianças-index com TOC e SOC não apresentaram diferenças em relação a: sexo, idade e classificação socioeconômica;
- Os grupos SOC e TOC foram semelhantes em relação aos tipos/dimensões de sintomas obsessivo-compulsivos;
- Os grupos TOC, SOC e controles apresentaram, respectivamente, taxas decrescentes de transtornos psiquiátricos comórbidos, o mesmo ocorrendo como todos os padrões de problemas de comportamento estudados. As principais comorbidades associadas aos grupos TOC e SOC foram transtornos ansiosos, transtornos do humor, transtornos de tiques, TDAH/transtornos disruptivos;
- O grupo SOC apresentou características semelhantes ao TOC, ou intermediárias entre TOC e controles, no que se refere às variáveis de comprometimento escolar, social e busca por tratamentos prévios.

7.3 Conclusão Final

Os resultados desta tese sugerem que em crianças em idade escolar (6 a 12 anos) a presença de SOC é relativamente alta (aproximadamente 15-20%) e se assemelha àquela encontrada em adolescentes e adultos. Estabeleceu-se, ainda, um contínuo psicopatológico e de impacto clínico entre TOC e SOC, o que é importante, não apenas para aprimorar a compreensão da natureza do TOC, mas para se estabelecer estratégias de tratamento precoce e de prevenção.

8 ANEXOS

Anexo A: Alvarenga et al., submetido A

Obsessive-compulsive symptom dimensions in a population-based, two-site, cross-sectional sample of school-aged children

Pedro G. Alvarenga*^{1,2}, Raony C. Cesar¹, Tais S. Moriyama^{1,2}, Albina R. Torres³, James F. Leckman^{1,4}, Marcelo Q. Hoexter^{1,2}, Gisele G. Manfro^{2,5}, Guilherme V. Polanczyk^{1,2}, Euripedes C. Miguel^{1,2}, Maria C. do Rosario^{2,6}.

¹Department of Psychiatry, University of Sao Paulo Medical School (USP), Brazil.

²National Institute of Developmental Psychiatry for Children and Adolescents, CNPq – Brazil

³ Department of Neurology, Psychology and Psychiatry, Botucatu Medical School, São Paulo State University (UNESP), Botucatu, Brazil.

⁴ Child Study Center, Yale School of Medicine, New Haven (CT), USA.

⁵ Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Brazil.

⁶ Child and Adolescent Psychiatry Unit (UPIA), Department of Psychiatry, Federal University of São Paulo (UNIFESP), Brazil.

*Corresponding author

Funding: This study was supported by the National Council of Technological and Scientific Development (CNPQ) (grant: 573974/2008-0) and Foundation for Research in the State of Sao Paulo (FAPESP) (grant: 08/57896-8).

Ethical Standards: The authors assert that all procedures contributing to this work comply with the ethical standards of the relevant national and institutional committees on human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2008

Abstract

Background: Little is known about the prevalence and clinical features of obsessive-compulsive symptoms (OCS) and their four (“symmetry/ordering/arranging,” “contamination/cleaning,” “aggressive/sexual/religious” and “hoarding”) potentially overlapping obsessive-compulsive dimensions (OCSD) in non-clinical samples, particularly in children. We aim to estimate: (1) the prevalence and sex/age distribution of OCS and OCSD in a community-based sample of schoolchildren; (2) the degree of familial aggregation of OCSD; and (3) the association between OCS and additional clinical factors including their psychiatric symptoms and current level of impairment.

Methods: OCSD were assessed in 9,937 Brazilian schoolchildren (6 -12 years-old), their parents and siblings using *the Family History Screening*. Data analyses included gradient estimated equations and post-hoc tests.

Results: We included data about 9,937 index-children, 3,305 siblings (13-18 years-old) and 16,218 parents. Biological mothers were the informants in 87,6% of the interviews. OCS were present in 14.7% of index-children; 15.6% of their siblings; 34.6% of their mothers and 12.1% of their fathers. All four OCSD aggregated significantly within families. The contamination/cleaning dimension was the most familial (OR: 1.44, CI 95% 1.23-1.67). Overall OCS in children were associated with more advanced age, male gender, presence of other psychiatric symptoms, as well as a variable degree of behavioral and school impairment.

Conclusions: These findings indicate that OCS are fairly prevalent among school-children and in their relatives. OCSD aggregate within families in a dimension specific fashion. The finding that OCS in children were associated with psychiatric symptoms and functional impairment, suggests a continuum between OCS and OCD, and deserves clinical attention.

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic and disabling psychiatric disorder with a lifetime prevalence of 2-3% in the general adult population (Fontenelle et al, 2006; Ruscio et al., 2010). Data on OCD prevalence among children and adolescents are scarce, but available estimates range from 0.1% (Fleitch-Bilyk & Goodman, 2004) to 3.6% (Zohar et al., 1992), probably due to sample and methodological heterogeneity. Pediatric OCD is under diagnosed and up to 90% of affected children are not treated, especially mild and moderate cases (AACAP, 2012).

There is limited evidence on the frequency and characteristics of obsessive-compulsive symptoms (OCS) and subthreshold OCD in non-clinical populations.

Most of these studies included adolescents (Flament et al. 1990; Zohar et al. 1992; Valleni-Basile et al. 1994; Apter et al., 1996; Essau et al., 2000; Shams et al., 2011) and adults (Fullana et al., 2010), but not school-age children. These studies are quite divergent regarding the prevalence of OCS, with reported estimates varying from 2.0% (Flament et al., 1990) to 19.0% (Valleni-Basile et al., 1994; Vivan et al., 2013). More recently, Voltas et al. (2013) interviewed 1,514 school age students and found a prevalence of 4.8% of severe OCS and 30.4% of less severe OCS. Interestingly, despite methodological differences, OCS are consistently reported to be frequent across all age ranges, probably occurring as part of a dimensional continuum with OCD.

In line with the hypothesis of a spectrum of obsessive-compulsive phenomena, another relevant finding is that not only the presence of full blown OCD but also subclinical OCD and OCS can cause substantial impairment for the individuals and their families (Bruijn et al., 2010; Fullana et al., 2010; Adam et al., 2012; Canals et al., 2012; Voltas et al., 2013). Many studies have shown that the presence of OCS, even with mild severity, is associated with functional impairment, psychological vulnerability (Bruijn et al., 2009; Canals et al., 2012), psychiatric comorbidities (Shams et al., 2008; de Bruijn et al., 2010) and an increased risk for developing full-blown OCD (Black & Gaffney, 2008; Fullana et al., 2009). Longitudinal studies have also demonstrated that OCS can persist over the years (Bruijn et al., 2010; Canals et al., 2012; Voltas et al., 2013).

A promising way of addressing the OCD heterogeneity has been the dissection of the OCD phenotype into multiple, overlapping and non-exclusive obsessive-compulsive symptom dimensions (OCSD). Multiple factor-analyses have identified at least four relatively independent OCSD: (1) "contamination/cleaning"; (2) "aggressive/sexual/religious/checking"; (3) "symmetry/ordering/arranging"; and (4) "hoarding" (Mataix-Cols et al., 2005; Stewart et al., 2008). Many studies have demonstrated that these OCSD are temporally stable (Fullana et al., 2009), associated with different comorbidity patterns (Hasler et al., 2006; Torres et al., 2012), have distinct neurobiological substrates (Van den Heuvel et al., 2009; Alvarenga et al., 2012) and patterns of treatment response (Mataix-Cols et al., 2005; Miguel et al., 2005; Torres et al., 2012).

Furthermore, it has also been demonstrated that these OCSD are familial and have different genetic patterns, with some OCSD being more familial than others. For example, Alsobrook et al. (1999) reported that higher proband scores on the "symmetry/ordering" and the "aggression/sexual/religious/checking" dimensions were predictive of higher risks of OCD in the first degree relatives (FDR) (Alsobrook et al., 1999). The genetic component of these OCSD have been replicated in family studies (Hanna et al., 2005; Hasler et al., 2006; Chacon et al., 2007), in segregation analyses (Leckman et al., 2003), and in molecular genetic studies (Zhang et al., 2002; Kim et al., 2005). However, almost all familial studies accessing OCSD include clinical OCD populations. So far, the only study investigating OCSD familial aggregation from a non-clinical childhood population included 184 girls and their

parents and reported that the “symmetry/ordering/arranging” and the “hoarding” dimensions were more correlated between the mother-daughter dyads. This study has several limitations, such as lack of male probands and a small sample size (Taberner et al., 2009).

Thus, the present study aims to contribute to the literature by generating new knowledge on obsessive-compulsive phenomena by assessing a large non-clinical, population-based sample of children and their biological relatives. To address these issues, the current study has three aims. First, to estimate the prevalence and age/gender distribution of OCS and their OCSD in a large school sample of children 6 to 12 years-old and their biological relatives. Second, to examine familial aggregation of OCS and OCSD. Third, to determine the relationship between OCS, other psychiatric symptoms and associated clinical factors. Generating information on intermediate phenotypes may not only improve the understanding of obsessive-compulsive phenomena pathophysiology but also provide the best target for OCD treatment and prevention.

Methods

Procedures

This study is drawn from a larger community cross-sectional, school-based study - *National Institute of Development Psychiatry (INPD)* (see Salum et al., 2012). A total of 57 public schools from two large Brazilian cities (22 in Porto Alegre and 35 in São Paulo) were included. This study was approved by the ethics committees from the universities in these two cities. Written consents were obtained from all parents of participants.

Participants

The inclusion criterion for index-children selection were age between 6 and 12 years (may be siblings to each other), being regularly enrolled in one of the 57 public schools and (children and parental) consent. The study assessed data from 9,937 index-children, their biological siblings (first degree or half-siblings) and biological parents. Only biologically related siblings up to 18 years-old were included; adoptive children and siblings older than 18 years-old were excluded. The index children and their siblings belonged to 8,012 families. It was possible to have more than one index-child (6-12 year old school children) per family.

Data collection

The interviews were conducted by extensively trained lay interviewers, assessing all information from the caregiver of the index-children (responders were children's biological mothers in 87,6% of the families).

Instruments

Caregivers were interviewed with the (Psychiatric) *Family History Screening* (FHS), a brief, quick and cost-effective instrument to collect psychiatric data about all family members in primary care (Milne et al., 2009). The FHS was designed to investigate the presence of psychiatric symptoms, previous mental health treatments and other associated factors, such as school refusal and/or withdrawal, delinquent behaviors, and overall functional impairment.

Psychiatric symptoms were grouped into: psychotic symptoms, anxiety symptoms, mood disorders symptoms, learning disorders symptoms and disruptive disorders symptoms.

The OCS were ascertained using a short parent-report instrument adopted from the Dimensional Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale (DY-BOCS) (Rosario-Campos et al., 2006), which assesses OCS according to specific symptom dimensions. This brief screening questionnaire was designed specifically for the purpose of this study, consisting of seven questions (four main questions and three qualifiers to assess four OCSD (“symmetry/ordering/arranging”; “contamination/cleaning”; “aggressive/sexual/religious”; and “hoarding”). The questions were reviewed by the DY-BOCS developers (MCR, ECM and JFL) and are described in Figure 1.

INSERT FIGURE 1.

Data analyses

The t-student test was used for normally distributed continuous variables and the chi-square test for categorical variables. To measure the association between the index-children symptom dimension and their first degree relative's OCSD the Generalized Estimating Equations (GEE) model (Liang and Zeger, 1986) was used. The GEE method allows the introduction of correlated individuals in a generalized linear model (McCullagh & Nelder, 1989). We identified all possible pairs (dyads) of index-children versus each first degree relative (father, mother and each sibling). Only first degree siblings, but no half-siblings, were included in the familial analysis. Tukey test (Hsu, 1996) was used to identify post-hoc differences between the index-children first degree relatives. The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 14.0 and the R 3.0.2 (www.r-project.org) were used for storage and analysis of data.

Results

The study comprised information on 9,927 index-children, 8,019 biological mothers, 8,198 biological fathers, and 3,305 biological siblings (including half-siblings). The

total sample comprised 29,459 individuals (Table 1). OCS were present in 19.4% of the total sample, 14.7% of index-children, 16.5% of their siblings and 12.1% of their fathers. There was a fairly similar prevalence of OCS among the index-children, siblings and fathers but mothers presented a higher rate (34.0%) (Table 1). Regarding the OCSD, the “hoarding” dimension was the most prevalent among children and adolescents (index-children and their siblings) and fathers (Table 1). Among biological mothers, the “symmetry/ordering” and “aggressive/sexual/religious” dimensions were the most prevalent. In the total sample, the presence of overall (any) OCS was associated with an older age ($p<0.001$). In index-children and their siblings, (but not in adults) OCS was related to male gender ($p<0.001$).

INSERT TABLE 1

Familial aggregations of OCS (Table 2) and OCSD (Table 3) were obtained from the GEE model. The presence of overall (any) OCS in FDR was associated with the presence of OCS in index-child's (Table 2). Significant associations were also obtained for all the four OCSD (Table 3). “Contamination/cleaning” was the most familial dimension, with an odds ratio (OR) of 1.44 (CI95% 1.23-1.67) (Table 3). In a *post-hoc* analysis, we compared the strength of the association of the three possible dyadic relationships (child/mother, child/father and child/siblings) in the GEE model. In general, the presence of OCS and OCSD in the index-children was more strongly associated with symptoms in fathers and siblings (than with their mothers) (Tables 3 and 4). No statistical difference was found between child/mother and child/siblings dyads for the “hoarding” and “aggressive/sexual/religious” dimensions (Table 3). The dyadic relationship child/father was always stronger than the child/mother relationship for OCS and OCSD (Tables 3 and 4).

The presence of the “symmetry/ordering” dimension in the index-child was also positively associated with the “aggressive/sexual/religious” dimension among the FDR. The presence of “hoarding” in the index-children was associated with “symmetry/ordering” and “contamination/cleaning” dimensions in the FDR. Finally, the presence of the “contamination/cleaning” dimension in the index-children was associated with the “symmetry/ordering” dimension in the FDR (Table 3). The other possible family relationships between the dimensions were also tested, but the results were not significant and were not included in the Table 4. Whereas male gender was only associated with the hoarding dimension, more advanced age was positively associated with all four OCSD (Table3).

INSERT TABLE 2 AND TABLE 3

Data on age, gender, additional psychiatric symptoms and associated factors of all 9,937 index-children (6-12 years-old) and of the subgroups with and without OCS are presented in Table 4. The OCS pediatric group was significantly older and presented more male subjects. The OCS group also presented higher rates of mood, anxiety and psychotic symptoms, previous mental health treatments and

other associated dysfunctional factors in comparison to non-OCS children. Dysfunctional factors were defined as school refusal\withdraw, being frequently involved in delinquent behaviors and overall functional impairment.

INSERT TABLE 4

Discussion

This is the first study to estimate the prevalence and distribution of OCS and OCSD in a large non-clinical sample of school-age children (6-12 year-olds) and their biological relatives. This pediatric sample is larger than those of previous Brazilian (Fleitch-Bilyk & Goodman, 2004; Vivan et al., 2013) and international studies (Heyman et al., 2001; Canals et al., 2012).

The overall prevalence of OCS in the total sample (n=29,459) was 19.4%, similar to that described in previous studies including adolescents and young adults (Valleni Basile et al., 1994, 1996; Apter et al., 1996; Fullana et al., 2009; Mahfouz et al., 2009; Shams et al., 2011; Vivan et al., 2013). Very few studies, though, have estimated the prevalence of OCS and OCD in prepuberal children (Canals et al., 2012), with rates of 12% (including OCD, subclinical OCD and OCS). In the present study, we detected a prevalence of one or more OCS among 6 to 12 years-old children of 14.7%, which is fairly high and similar to the prevalence reported in adolescents of 15.6%. For example, in a recent Brazilian study (Vivan et al., 2013), the past-month prevalence of OCS among high school adolescents was 18.3%.

OCS in children and adolescents (but not in adults) were significantly more commonly endorsed by males, which is consistent with previous studies (Flament et al., 1998; Mahfous et al., 2009; Vivan et al., 2013), but contrasts with others (Fullana et al., 2009; Canals et al., 2012) that reported similar frequencies between sexes. In fact, the distribution of OCS in this study is similar to OCD distribution in the general population, with higher rates in males in childhood, and equal rates in adults, due to the higher incidence in women (Flament et al., 1990; Ruscio et al., 2010). Furthermore, the high prevalence of hoarding symptoms, which were significantly associated with male gender, may have influenced the overall gender distribution in our study.

As expected, the prevalence of OCS in general, and of the four OCSD investigated, increased progressively with age, confirming the results of several community studies with children and adolescents (Valleni-Basile et al., 1996; Essau et al., 2000; Heyman et al., 2001; Fullana et al., 2010).

In this study, the "hoarding" dimension was the most prevalent symptom dimension among children. In previous studies accessing OCS in children, aggressive and checking symptoms were the most prevalent (Valleni-Basile et al., 1994; 1996; Fullana et al., 2010). Hoarding symptoms were also frequent in some studies (Valleni-Basile et al., 1994) but not investigated in others (Fullana et al., 2009; 2010). Since our sample was composed of younger subjects, compared to previous reports (Flament et al. 1990; Zohar et al. 1992; Valleni-Basile et al. 1994; Apter et al., 1996; Fullana et al. 2010; Vivan et al., 2013), the presence of hoarding symptoms may, at least in part, reflect normal developmental patterns of behavior

(Evans et al., 1999). Furthermore, hoarding symptoms may be present in several mental disorders, and there is no consensus on whether hoarding belongs to OCD (Mataix-Cols et al., 2010; Torres et al., 2012). In fact, a new diagnostic category called *Hoarding Disorder* was created in DSM- 5 (APA, 2013).

Among adults (parents), there was a higher frequency of OCS in biological mothers, compared to biological fathers, especially due to the “symmetry/ordering” and “aggressive/sexual/religious” dimensions. The higher frequency of symmetry/ordering symptoms in adults is consistent with the results of a large and multicenter clinical study including 1,001 Brazilian patients with OCD (de Mathis et al., 2013). Particularly among women, these behaviors, along with contamination/cleaning, may represent a continuum from normal to psychopathological manifestations that are influenced by socio-cultural aspects. Moreover, the “aggressive/sexual/religious” dimension has been associated with female gender in treatment-seeking adults (Torresan et al., 2013). However, the high disproportion of overall OCS between genders may in part represent information bias, since there are no reports of such OCS imbalance in the adult population. It is important to consider that, in the present study, mothers gave information about all family members in 87,6% of the cases (*by proxy* informants). They may have enhanced their complaints in order to obtain referrals to treatment. Moreover, they may have underestimated the other family members’ symptoms, since many OCS are “secret” or private phenomena (due to preserved insight and embarrassment) (Rosario-Campos et al., 2008; Alvarenga et al., 2012).

The most important finding of this study is that the overall (any) OCS and the four OCSD in the index-children are significantly and positively associated with the presence of the same symptom dimension in the FDR. Thus, similarly to what happens in clinical OCD samples (Alsobrook et al., 1999; Leckman et al., 2003; Hanna et al., 2005), OCS and specific OCSD aggregate in families in this non-clinical population. This finding provides an additional evidence to validate the OCD dimensional approach.

The “contamination/cleaning” dimension showed a stronger familial pattern compared to the other OCSD, which contrasts with several previous studies that have reported the “symmetry/ordering” and the “aggression/checking” rituals as the most common familial symptoms (Alsobrook et al., 1999; Leckman et al., 2003; Hanna et al., 2005). However, our finding is consistent with a sib-pair study using the full version of DY-BOCS, which reported the “contamination/cleaning” dimension as the most familial (Chacon et al., 2007).

Regarding the heritability analysis of OCS/OCSD comparing the strength of the associations among three possible dyads (child-father, child-mother and child-siblings), it indicated that siblings and fathers influenced more strongly than mothers the occurrence of symptoms in the index-children. Although the study design does not allow any inferences on the separate role of genetic and non-genetic familial factors, these results are novel, since previous findings emphasize the mother-child dyad (Leckman et al., 2003; Taberner et al., 2009). The finding that the association between OCS/ OCSD in child/fathers dyads was stronger compared to child/mother dyads may reflect the known association between male gender and the symptoms’ expression. For instance, valid subtypes of OCD, such as child-onset OCD (Miguel

et al., 2005; Rosario-Campos et al., 2008) and tic-related OCD (Miguel et al., 2005; Rosario-Campos et al., 2008; Alvarenga et al., 2012) have also been associated to male gender. It is also possible that this result may reflect, in part, an above mentioned collection bias, since OCS rates in fathers and siblings may present more specificity than OCS in mothers. The high association between OCS/ OCSD in child/siblings dyads may indicate high environmental and behavioral influences on OCS occurrence, as siblings share more intensely and for longer many situations of daily living. Future longitudinal studies of reared-apart twins, or of half-siblings raised in the same environment are needed to clarify this question. Despite the significant associations of familial aggregation of OCS and OCSD, the strength of the associations (expressed as OR) was not as high as those observed in OCD family studies (Hanna et al., 2005), but resemble those found in family studies accessing FDR of subclinical OCD (Alsobrook et al., 1999).

Finally, regarding clinical severity, our results are consistent with previous studies (Apter et al., 1996; Fullana et al., 2009; de Bruijn et al., 2010; Adam et al., 2012; Blom et al., 2011; Vivan et al., 2013) that indicated that just the presence of OCS is already associated with high levels of psychiatric comorbidity, impaired functioning and behavioral/school problems. Logically, a portion of these individuals with OCS may present full blown OCD, which diagnosis was not possible with the screening instruments used in this study. Our findings reinforce the idea that parents should not wait until their children have full-blown OCD to look for help. Therefore, we agree with authors who suggest that threshold obsessive compulsive phenomena should be more actively and systematically investigated by general and mental health professionals (Fullana et al., 2009). In addition, the results emphasize the need for future follow up studies investigating the predictive value of these symptoms for the development of the full-blown OCD. Finally, preventive interventions targeting subclinical OCS should be tested for their efficacy in preventing the expression of OCD or to attenuate its expression.

Limitations

The results of the present study should be considered in light of several limitations, particularly related to possible collection and information bias. First, all interviews were conducted by trained, but lay interviewers, and many of them were conducted by telephone. Second, the OCS questions were adapted from another instrument (the DY-BOCS) to be a fast screening measure of OCSD and they have not been previously validated to be used in non-clinical samples. The FHS is a screening instrument that does not allow clinicians to make mental disorders diagnoses. Third, most informants were mothers of the index-children, who may have over-reported their own OCS and underestimated the occurrence of OCS in other family members, due to the secret nature of some of them. Fourth, despite the large sample size, some associated clinical factors had to be grouped, since they were relatively infrequent in the pediatric sample. Finally, the generalization of the results to children attending private schools and children from other countries or cultures should be cautious.

Conclusion

This is the first study to investigate the presence of OCS and their symptom dimensions in a large community sample of school-aged (6-12 years-old) children and their biological relatives. The results indicate that OCS and OCSD are present in a substantial number of children, adolescents and adults. Additionally, the prevalence of symptoms in pediatric patients is more expressive than thought. Interestingly, specific OCSD aggregate within families mostly in a dimension-specific fashion, which may have implications for further genetic and neuroimaging studies. Furthermore, the presence of OCS (and not necessarily the full-blown disorder) in children was associated with psychiatric comorbidity, behavioral/school problems, functional impairment and service use. These results have potentially relevant clinical implications for OCD understanding and prevention, which need to be further explored in longitudinal population-based studies.

References

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)(2012). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1):98-113.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington (DC), APA.
- Adam Y, Meinschmidt G, Gloster AT, Lieb R (2012). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3):339-49.
- Alsobrook II JP, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL (1999). Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *American Journal of Medical Genetics*, 88(6):669-75.
- Alvarenga PG, de Mathis MA, Dominguez Alves AC, do Rosário MC, Fossaluza V, Hounie AG, Miguel EC, Torres AR (2012). Clinical features of tic-related obsessive-compulsive disorder: results from a large multicenter study. *CNS Spectrums*, 17(2):87-93.
- Alvarenga PG, do Rosário MC, Batistuzzo MC, Diniz JB, Shavitt RG, Duran SL, Dougherty D, Busatto G, Miguel EC, Hoexter MQ (2012). Obsessive-compulsive symptom dimensions correlate to specific gray matter volumes in treatment-naïve patients. *Psychiatry Research*, 46(12):1635-42.
- Apter A, Pauls DL, Bleich A, Zohar AH, Kron S, Ratzoni G, Dycian A, Kotler M, Weizman A, Gadot N, Cohen DJ (1996). An epidemiologic study of Gilles de la Tourette's Syndrome in Israel. *Archives of General Psychiatry*, 50:734-8.
- Black DW, Gaffney GR (2008). Subclinical obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: additional results from a "high-risk" study. *CNS Spectrums*, 13:54-61.

Blom RM, de Bruijn C, de Graaf R, ten Have M, Denys DA (2011). Obsessions in normality and psychopathology. *Depression and Anxiety*, 3;28(10):870-5.

Bruijn C, Beun S, de Graaf R, ten Have M, Denys D (2010). Subthreshold symptoms and obsessive-compulsive disorder: evaluating the diagnostic threshold. *Psychological Medicine*, 40(6):989-97.

De Mathis MA, Diniz JB, Hounie AG, Shavitt RG, Fossaluza V, Ferrão Y, Leckman JF, de Bragança Pereira C, do Rosario MC, Miguel EC (2013). Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. *European Neuropsychopharmacology*, 23(7):594-601.

Canals J, Hernández-Martínez C, Cosi S, Voltas N (2012). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(7):746-52.

Chacon P, Rosario-Campos MC, Pauls DL, Hounie AG, Curi M, Akkerman F, Shimabokuro FH, de Mathis MA, Lopes AC, Hasler G, Miguel EC (2007). Obsessive-compulsive symptoms in sibling pairs concordant for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 5;144(4):551-5.

Essau CA, Conradt J, Petermann F (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3):263-79.

Evans D, Gray F, Leckman J. The rituals, fears and phobias of young children: insights from development, psychopathology and neurobiology (1999). *Child Psychiatry and Human Development*, 29(4):261-76.

Flament M (1990). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Encephale*, 16:311-6.

Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, Sceery W, Shaffer D (1998). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6):764-71.

Fleitch-Bilyk & Goodman (2004). Fleitch-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6):727-34.

Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3):327-37.

Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A, Harrington H, Grisham JR, Moffitt TE, Poulton R (2009). Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry*, 166(3):329-36.

Fullana MA, Vilagut G, Rojas-Farreras S, Mataix-Cols D, de Graaf R, Demyttenaere K, Haro JM, de Girolamo G, Lépine JP, Matschinger H, Alonso J (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124(3):291-9.

Hanna GL, Himle JA, Curtis GC, Gillespie BW (2005). A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *American Journal of Medical Genetics*, 5;134(1):13-9.

Hasler G, Pinto A, Greenberg BD, Samuels J, Fyer AJ, Pauls D, Knowles JA, McCracken JT, Piacentini J, Riddle MA, Rauch SL, Rasmussen SA, Willour VL, Grados MA, Cullen B, Bienvenu OJ, Shugart YY, Liang KY, Hoehn-Saric R, Wang Y, Ronquillo J, Nestadt G, Murphy DL (2007). Familiality of factor analysis-derived YBOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. *Biological Psychiatry*, 61(5):617-25.

Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health, *British Journal Psychiatry*, 179:324-9.

Hsu, JC (1996). *Multiple comparisons: theory and methods*. London UK, Chapman & Hall/CRC.

Kim SJ, Lee HS, Kim CH (2005). Obsessive-compulsive disorder, factor-analyzed symptom dimensions and serotonin transporter polymorphism. *Neuropsychobiology*, 52(4):176-82.

Leckman JF, Pauls DL, Zhang H, Rosario-Campos MC, Katsoyich L, Kidd KK, Pakstis AJ, Alsobrook JP, Robertson MM, McMahon WM, Walkup JT, van de Wetering BJ, King RA, Cohen DJ (2003). Obsessive-compulsive symptom dimensions in affected sibling pairs diagnosed with Gilles de la Tourette syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 1;116B(1):60-8.

Liang K, Zeger SL (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*, 73 (1): 13-22.

Mahfouz AA, Al-Gelban KS, Al Amri H, Khan MY, Abdelmoneim I, Daffalla AA, Shaban H, Mohammed AA (2009). Adolescents' mental health in Abha city, southwestern Saudi Arabia. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 39(2):169-77.

Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2):228-38.

Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, Clark LA, Saxena S, Leckman JF, Stein DJ, Matsunaga H, Wilhelm S (2010). Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27(6):556-72.

McCullagh P, Nelder JA (1989). *Generalized linear models*. 2nd Edition. London UK, Chapman & Hall/CRC.

Miguel EC, Leckman JF, Rauch S, do Rosario-Campos MC, Hounie AG, Mercadante MT, Chacon P, Pauls DL (2005). Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*, 10(3):258-75.

Milne BJ, Caspi A, Crump R, Poulton R, Rutter MR, Sears MR, Moffitt TE (2009). The validity of the family history screen for assessing family history of mental disorders. *American Journal of Medical Genetics*, 150(1):41-9.

Rosário-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, Katsoyich L, Scahill L, King RA, Woody SR, Tolin D, Hollander E, Kano Y, Leckman JF (2006). The

Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11(5):495-504.

Rosário-Campos MC, Alvarenga PG, de Mathis A, Leckman JF (2008). Obsessive-compulsive disorder in childhood. In: Banaschewski T, Rohde LA (eds): *Biological Child Psychiatry. Recent Trends and Developments. Advances in Biological Psychiatry*. Basel, Karger, 24:83-95.

Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1):53-63.

Salum GA, Mogg K, Bradley BP, Gadelha A, Pan P, Tamanaha AC, Moriyama T, Graeff-Martins AS, Jarros RB, Polanczyk G, do Rosário MC, Leibenluft E, Rohde LA, Manfro GG, Pine DS (2012). Threat bias in attention orienting: evidence of specificity in a large community-based study. *Psychological Medicine*, 31:1-13.

Shams G, Foroughi E, Esmaili Y, Amini H, Ebrahimkhani N, Sheehan D, Lecrubier Y (2011). Prevalence rates of obsessive-compulsive symptoms and psychiatric comorbidity among adolescents in Iran. *Acta Medica Iranica*, 49(10):680-7.

Stewart SE, Rosario MC, Baer L, Carter AS, Brown TA, Scharf JM, Illmann C, Leckman JF, Sukhodolsky D, Katsoyich L, Rasmussen S, Goodman W, Delorme R, Leboyer M, Chabane N, Jenike MA, Geller DA, Pauls DL (2008). Four-factor structure of obsessive-compulsive disorder symptoms in children, adolescents, and adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 47(7):763-72.

Taberner J, Fullana MA, Caseras X, Pertusa A, Bados A, van den Bree M, Torrubia R, Mataix-Cols D (2009). Are obsessive-compulsive symptom dimensions familial in nonclinical individuals? *Depression and Anxiety*, 26(10):902-8.

Torres AR, Fontenelle LF, Ferrão YA, do Rosário MC, Torresan RC, Miguel EC, Shavitt RG (2012). Clinical features of obsessive-compulsive disorder with hoarding symptoms: a multicenter study. *Psychiatry Research*, 46(6):724-32.

Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, Shavitt RG, do Rosário MC, de Mathis MA, Miguel EC, Torres AR (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 209(2):186-95.

Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL, McKeown RE, Addy CL (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6):782-91.

Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Waller JL, Addy CL, McKeown RE, Jackson KL, Cuffe SP. Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents (1996). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7):898-906.

Van den Heuvel OA, Remijnse PL, Mataix-Cols D, Vrenken H, Groenewegen HJ, Uylings HB, van Balkom AJ, Veltman DJ (2009). The major symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder are mediated by partially distinct neural systems. *Brain*, 132(4):853-68.

Vivan AD, Rodrigues L, Wendt G, Bicca MG, Braga DT, Cordoli AV(2013). Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Revista Brasileira Psiquiatria*; Oct 18;0:0.

Voltas N, Hernández-Martínez C, Arijá V, Aparicio E, Canals J (2013). A Prospective Study of Paediatric Obsessive-Compulsive Symptomatology in a Spanish Community Sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(3):0-0.

Genomewide scan of hoarding in sib pairs in which both sibs have Gilles de la Tourette syndrome.

Zhang H, Leckman JF, Pauls DL, Tsai CP, Kidd KK, Campos MR (2002). Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics. *American Journal of Human Genetics*, 70(4):896-904.

Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL, Apter A, Bleich A, Kron S, Rappaport M, Weizman A, Cohen DJ (1992). An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6):1057-61.

Figure 1. Dimensional obsessive-compulsive screening questionnaire

Q1. Has anyone in your family been bothered by a need of things to be perfect or exact, or has had concerns with symmetry, or a need to do things repeatedly until the objects are arranged or organized in a symmetrical or "just right" fashion?
Q1.1. [If "yes" to Q1] Has this person spent a lot of time with these rituals or "quirks" to arrange or organize things?
Q2. Has anyone in your family had intrusive worries about being physically sick? What about having a fear of being contaminated by dirt or bacteria?
Q2.1[If "yes"to Q2] Has this person needed to wash or clean excessively, or in a ritualized way, his own body or objects? Has he/she ever had an excessive need for cleanliness?
Q3. Has anyone in your family been bothered by worries or fears that something very bad might happen (e.g.: accidents, the death of a relative)? What about having thoughts containing improper violent, sexual or religious content?
Q3.1. [If "yes" to Q3] Has this person needed to do something repeatedly, such as praying or confessing to avoid or dismiss these thoughts of violent, sexual or religious content?
Q.4. Has anyone in your family needed to collect or store MANY things or useless objects?

Table 1. Sociodemographic data and prevalence of obsessive-compulsive symptom dimensions in school-aged children and their biological relatives.

	Index-children* (6-12 years) (n=9,937)	Siblings (13 to 18 years) (n=3,305)	Fathers (n=8,198)	Mothers (n=8,019)	All (n=29,459)
Sex (male)	52.41%;	50.35%	100%	0	51.16%
Age, mean (SD)	8.87 (1.9)	15..20 (1.66)	38..73 (8.38)	35.19 (7.09)	19.95 (13.27)
OCS (any)	14.7 %	16.5 %	12.1 %	34.04 %	19.44 %
Symmetry/ordering/arranging	2.18 %	2.60 %	3.0 %	15.51 %	6.08 %
Contamination/cleaning	3.78 %	4.30 %	2.76 %	11.09 %	5.54 %
Aggressive/ sexual/religious	2.43 %	3.18 %	2.73 %	15.29 %	6.10 %
Hoarding	9.27 %	9.68 %	5.83 %	9.36 %	8.11 %

Legend: M: male; F: female; OCS: obsessive-compulsive symptoms; SD: standard deviation. As the sample unit in this study is the family (n =8,012 families), there may be more than one index-children per family. If the index-children from the same family are half-siblings, there may be more than one biological parent per family.

Table 2. Familial aggregation of overall obsessive-compulsive symptoms and association with sex and age.

	GEE Estimation	Standard Error	OR	CI 95% (lower)	CI 95% (higher)	P value (Tukey)
Sex (Male)	0.263	0.078	1.301	1.117	1.516	0.001
Age	0.142	0.018	1.153	1.113	1.193	<0.001
OCS in FDR	0.147	0.016	1.158	1.122	1.195	<0.001
Mother (<) father*	0.038	0.004	1.039	1.030	1.048	<0.001
Mother (<) siblings*	0.033	0.014	1.033	1.006	1.061	0.04
Father (=) siblings*	-0.005	0.013	0.995	0.969	1.021	0.915

Legend: OR: odds ratio, CI: confidence interval, FDR: first-degree relatives, OCS: obsessive-compulsive symptoms; *: Gradient correlation between the three possible dyads (father x child, mother x child, and sibling x child) in the GEE (Generalized Estimating Equations) heritability model. The symbol in parentheses indicates whether a FDR (mother, father or sibling) influences more (>), less (<) or equally (=) the occurrence of index-children's symptoms, as compared to other FDR.

Table 3. Familial aggregation of specific obsessive-compulsive symptom dimensions and association with sex and age.

	GEE Estimation	Standard Error	OR	IC 95% (lower)	IC 95% (higher)	P value (Tukey)
Symmetry/Ordering Dimension						
Sex (male)	0.007	0.230	1.007	0.641	1.581	0.976
Age	0.199	0.057	1.221	1.092	1.365	0.001
Symmetry/Ordering in FDR	0.175	0.084	1.192	1.011	1.404	0.036
Aggressive/sexual/ religious Dimension						
Aggressive/sexual/ religious in FDR	0.199	0.07	1.220	1.063	1.399	0.005
* Mother (<) father	0.071	0.017	1.083	1.048	1.120	<0.001
Mother (<) siblings	0.138	0.044	1.148	1.053	1.252	0.005
Father (=) siblings	0.058	0.031	1.060	0.980	1.146	0.311
Hoarding Dimension						
Sex (male)	0.360	0.089	1.433	1.204	1.705	<0.001
Age	0.163	0.021	1.177	1.130	1.226	<0.001
Symmetry/ ordering in FDR	0.060	0.027	1.062	1.007	1.119	0.027
Hoarding in FDR	0.118	0.039	1.125	1.042	1.215	0.002
Contamination/ cleaning	0.125	0.033	1.133	1.061	1.209	<0.001

in FDR						
* Mother (<) father	0.032	0.006	1.033	1.021	1.044	<0.001
Mother (=) siblings	-0.019	0.017	0.981	0.948	1.015	0.510
Father (>) siblings	-0.052	0.017	0.950	0.918	0.982	0.007
Aggressive/ sexual/ religious Dimension						
Sex (male)	0.0810	0.171	1.084	0.775	1.516	0.638
Age	0.159	0.042	1.173	1.081	1.273	<0.001
Aggressive/sexual/ religious in FDR	0.218	0.067	1.244	1.091	1.418	0.001
* Mother (<) father	0.054	0.011	1.056	1.032	1.079	<0.001
Mother (=) siblings	0.060	0.031	1.062	1.001	1.128	0.117
Father (=) siblings	0.006	0.030	1.006	0.950	1.067	0.975
Contamination/ Cleaning Dimension						
Sex (male)	0.099	0.133	1.104	0.851	1.432	0.455
Age	0.087	0.035	1.091	1.018	1.169	0.014
Symmetry/ordering in FDR	0.107	0.043	1.113	1.022	1.213	0.014
Contamination/ cleaning in FDR	0.361	0.078	1.435	1.233	1.671	<0.001
* Mother (<) father	0.078	0.011	1.081	1.058	1.105	<0.001
Mother (<) siblings	0.101	0.026	1.106	1.052	1.163	<0.001
Father (=) siblings	0.023	0.023	1.023	0.978	1.071	0.585

Legend: OR: odds ratio, CI: confidence interval, FDR: first-degree relative, OCS: obsessive-compulsive symptoms; *: Gradient correlation between the three possible dyads (father x child, mother x child, and sibling x child) in the GEE (Generalized Estimating Equations) heritability model. The symbol in parentheses indicates whether a FDR (mother, father or sibling) influences more (>), less (<) or similarly (=) than other FDR the occurrence of index-children's symptoms.

Table 4. Psychiatric symptoms and associated clinical factors in index-children with and without obsessive-compulsive symptoms.

	Index-children (n=9,937)	With OCS (n=1,459)	Without OCS (n=8,478)	P-value (Chi-square)
Sex (Male)	50.75%	M: 52.12%	M: 50.9%	0.001
Age (SD)	8,9 (1,9)	9.2 (1.81)	8.82 (1.9)	0.001
Mood disorders symptoms	19.2%	36.1%	16.24%	0.001
Anxiety symptoms	45.8%	68.9%	41.9%	0.001
Psychotic symptoms	4.94%	12.47%	3.64%	0.001
Disruptive disorders symptoms	30.59%	45.1%	28.10%	0.001
Learning disorder symptoms	29.54%	41.6%	27.46%	0.001
Previous mental health treatments*	13.63%	22.76%	12.05%	0.001
Associated factors **	6.61%	13.57%	5.41%	0.001

Legend: *: previous inpatient or outpatient mental health treatment: **: overall functional impairment, school refusal/withdraw or delinquent behavior. *P* value, Chi-square. OCS: obsessive-compulsive symptoms. Note that *Family History Screening* does not stipulate psychiatric diagnoses, but only the presence of symptoms.

Anexo B: Alvarenga et al., submetido B

An update on Childhood Onset Obsessive-Compulsive Disorder

Pedro Gomes de Alvarenga^{1,3}, Maria Alice de Mathis^{1,3}, Ana Gabriela Hounie^{1,2,3}, Maria Conceição do Rosário^{2,3}

1. Department & Institute of Psychiatry, University of São Paulo Medical School, São Paulo (SP), Brazil
2. Child and Adolescent Psychiatry Unit (UPIA), Department of Psychiatry and Psychology, Federal University of São Paulo, São Paulo (SP), Brazil;
3. Obsessive-Compulsive Disorder Brazilian Consortium (C-TOC), Brazil

pedrodealvarenga@gmail.com

alicedemathis@gmail.com

ana.hounie@gmail.com

mariaceica.rosario@gmail.com

Corresponding author:

Maria Conceição do Rosário, MD, PhD

Associate Professor, Child and Adolescent Psychiatry Unit (UPIA)

Department of Psychiatry

Federal University of Sao Paulo (EPM/UNIFESP)

Address: R. Borges Lagoa, 570, ZIP 04038-031

Phone/Fax: 55.11.5576-4990 (r.1158)

Email: mariaceica.rosario@gmail.com

Abstract

Obsessive Compulsive-Disorder (OCD) is a chronic and disabling neuropsychiatric disorder characterized by obsessions and/or compulsions that are time consuming and cause distress and/or interference. OCD has two peaks of incidence: one in childhood and a second one in the early adult years. It is believed that more than a half of OCD patients present first symptoms in childhood or adolescence. Early-onset OCD affects 1% to 2% of children and adolescents and presents male preponderance, specific clinical features and comorbidity patterns.

Some distinct features have been associated with early-onset OCD, such as male gender, a more chronic and severe course when not treated, and higher rates of comorbid tic disorders and attention-deficit hyperactivity disorder. Neuroimaging and genetic studies also indicate specific patterns reinforcing the idea that early-onset OCD is a more homogeneous OCD subgroup and that OCD should be regarded as a neurodevelopmental disorder.

The main objective of this paper was to review the main characteristics of childhood-onset OCD and to provide evidence-based treatment strategies for OCD in childhood and adolescence.

Keywords: obsessive compulsive-disorder, obsessive-compulsive symptom dimensions; childhood; early onset; treatment

1- Introduction

Pediatric obsessive-compulsive disorder (OCD) is a common and debilitating disorder, often causing substantial impairment in academic, social, and family functioning (1). OCD is the fourth most prevalent psychiatric condition (2, 3). Evidence shows that more than half of adult OCD patients begin their first symptoms in childhood and/or adolescence (4) and that early-onset cases have distinguished clinical and etiological factors (5, 6). So far, many studies have demonstrated that age of onset may determine distinct clinical and etiological characteristics, such as a higher frequency of tics and higher familial loading of OCD and tics. Indeed, the association between tic disorders and early-onset OCD is striking and reinforces the idea that OCD should be seen as a developmental and dimensional disorder. The main purpose of this paper is to review the relevant data describing these early-onset OCD patients and their treatment.

2- Epidemiology

The lifetime prevalence of OCD has been estimated between 1% and 3% of the population (2, 3). The epidemiological data on children and adolescents suggest that the prevalence in this age group is around 0.7% for one year and around 1% to 2.3% lifetime (7, 8). Additionally, studies investigating subclinical presentations of OCD have reported that sub-threshold OCD (subclinical OCD) affects approximately 5% of children (8, 9), and that obsessive-compulsive symptoms (OCS) are observed in up to 20% of the population (8, 10). The relevance of these results has been emphasized by longitudinal studies demonstrating that the presence of OCS in childhood is a risk factor for developing OCD later (11, 12).

Epidemiological studies have also demonstrated that many adult OCD patients had the onset of their OCS before age 14 (13). For instance, a study assessing 330 adult OCD patients found that 48.5% presented their first symptoms before 11 years old and 22.7% between 11 and 18 years old (6). These findings corroborate the importance of understanding OCD as a developmental disorder.

The incidence of OCD presents a bimodal distribution. The first peak is in childhood, with first symptoms arising on average between 7 and 12 years of age and with an odds ratio of 2-3:1 for boys. The second peak occurs in early adulthood with a mean age of 21 years, and a slight female predominance (7, 10).

Despite its relevance, there is no consensus on how best to define age of onset, since some authors define it as the age when the OCSs (5, 14) (6, 15), while others define it as the age when the symptoms start to interfere in normal functioning (16, 17) .

Another interesting issue is what would be the best cut-off point for considering the onset as being early. Some authors use 10 years (5, 18), while others use the age of 18 years. More recently, a well conducted study in a large sample found that the best way to analyze

comorbidity patterns was to consider age of onset as a continuous variable, what resulted in the ages of 10 and 17 as the best cut-off points for early and late onset, respectively (19).

3- Clinical features

Both the DSM and the ICD Classification Manuals use the same criteria for diagnosing OCD in children, adolescents, and adults (20). Even though there are many similarities between the clinical presentations across the lifespan, children and adolescents with OCD also present some distinct clinical features. For instance, the younger the patient is, the higher the chance of having compulsions without obsessions (5). It is also not required for children to recognize their symptoms as ego dystonic (20).

The onset of the OCS may be abrupt or insidious, and their thematic content varies greatly from patient to patient (21). Even in the same patient, it is common for symptoms to change over the years (22).

Despite being highly heterogeneous, some OCS tend to be more frequent than others, such as obsessions with contamination, aggression, symmetry and hoarding, as well as cleaning, checking, counting, hoarding and arranging compulsions (23-25). Children with OCD also frequently present *tic-like compulsions*, which may be confused with complex tics, mainly if the compulsions are simple rituals of touching (26). In these cases, it is frequent that compulsions are preceded and/or accompanied not only by obsessions but also by different types of sensory phenomena.

Sensory phenomena (SP) are phenotypic components of OCD and tic disorders. Even though there are many definitions of SP, our group has compiled previous definitions of SP and divided them into physical (e.g.: burning and itching sensations) and mental (e.g.: incompleteness or “just right” perceptions) (27) and has also developed a rating instrument for assessing SP in OCD and tic disorder patients, the University of São Paulo Sensory Phenomena Scale (USP-SPS), available upon request (28).

In OCD children, it is common for compulsions to appear, on average, two years before obsessions. By adolescence, most OCD patients have both obsessions and compulsions.

Current studies suggest that OCD in children is underdiagnosed and that up to 90% of the cases are not treated for many years (29). As also occurs in adults, it might also take a long time until the diagnosis of OCD is made and even longer until the patient searches for treatment. Some studies have reported an average of 2.5 years from the beginning of the OCS until the diagnosis is made (24). One of the explanations is the secrecy of the OCS. Patients often feel shame or guilt for having OCS and conceal them until they start to interfere in their daily functioning (30).

In other cases, symptoms resemble the normal childhood routines. In fact, some repetitive behaviors may be intrinsic to some developmental stages. For instance, young children engage in a significant amount of ritualistic, repetitive, and compulsive-like activities that are part of their normal behavioral repertoire. They often have a rigid pattern of routines during

bedtime, mealtime, and school events (31). Therefore, OCD could be considered as a pathological condition with continuity with normal behaviors during different developmental periods (31).

Obsessive-compulsive symptom dimensions

Factor-analytic studies have reduced the OCS to a few fairly consistent and clinically meaningful symptom dimensions. In adult samples, many factor and cluster analytical studies have consistently identified at least four OCS dimensions, often named: contamination/cleaning; obsessions/checking; symmetry/ordering; and hoarding (32).

An early onset has been associated with higher severity of the symmetry, ordering and arranging obsessions and compulsions (19). In the absence of definitive etiological markers for obsessive-compulsive disorder (OCD), obsessive-compulsive (OC) symptom dimensions may offer a fruitful point of orientation. These dimensions can be understood as defining potentially overlapping clinical features that may be continuous with "normal" worries first evident in childhood (32). Many studies have demonstrated that these dimensions are temporally stable, and correlate meaningfully with various genetic, neuroimaging and treatment response variables (33). These studies have also shown that these dimensions are similar in all age groups (34).

OCD DIAGNOSIS

Some changes have been made in the recently launched DSM-5. These include: clarifying and simplifying the definition of obsessions and compulsions; excluding the requirement that patients recognize that their obsessions or compulsions are excessive or unreasonable and specifying one of three degrees of insight, i.e., good, poor or delusional; and adding a "tic-related OCD" specifier (35). Moreover, OCD is now classified amongst a group of disorders that seem to represent a clinical continuum (i.e., intrusive thoughts, anxiety and repetitive behaviors) and to share genetic and pathophysiologic mechanisms with OCD (36). These OCD-Related disorders comprise OCD, hoarding disorder, body dysmorphic disorder, tic disorders, trichotillomania, and skin picking.

These recommendations are particularly important for the diagnosis of OCD in childhood and adolescence because it is frequent for children not to recognize their symptoms as excessive or irrational and also due to the overlap between the early onset and the tic related OCD subgroups.

For the OCD diagnosis, besides child interview and behavior observation (e.g. play activity), a comprehensive evaluation must be performed with parents and teachers (37, 38). When there is a suspicion of OCD, it is important to perform a detailed interview, letting the patient describe freely their compulsions, obsessions and sensory phenomena. It is vital to differentiate between OCD and normal childhood ritualistic behavior typical of specific

developmental phases, such as having some mealtime or bedtime rituals that bring comfort to the child (37, 38).

The use of rating scales, such as the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS) (39) and the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) (40) is important to assess presence and severity of OCSs in the beginning of treatment and also to objectively evaluate improvement. The DYBOCS was developed to assess presence and severity of OC symptom dimensions and has shown excellent psychometric properties (40).

It is also important to evaluate family members, their interaction and how they react to the patients' OCSs. It is frequent for parents and other caregivers to "accommodate" to children's OCSs. The level of "family accommodation" has been associated with worse treatment response and outcome (41) as well as to depression and anxiety rates in the family members (42). Finally, high scores in the Child Behavior Checklist (43) Dysregulation Profile were associated with OCS symptom severity, depressive mood, and family accommodation. OCS and dysregulation level significantly decreased after CBT (44).

OCS might be present in other neuropsychiatric conditions such as pervasive developmental disorders (45), mood disorders (46), and several genetic syndromes (47).

Additionally, similar to adults, from 60% to 80% of OCD children and adolescents present at least one comorbid psychiatric disorder, specially tics and Tourette syndrome, ADHD, and other anxiety disorders (24, 29).

The tic related OCD subgroup

The association between OCD and tic disorders is the most striking and therefore it has been included in the DSM-5 as a specifier. OCD children have reported rates of tics ranging from 20% to 59%, compared to 9% and 6% in adolescents and adults, respectively. Similarly, 48% of early-onset adult OCD patients have tics or Tourette's syndrome, compared to 10% of those with a late-onset (5).

The "tic-related OCD" subgroup is associated to a higher risk of familial aggregation of both subclinical OCD and tics among first-degree relatives of OCD probands (37); higher male frequency; earlier age at onset; higher frequency of sensory phenomena preceding or accompanying the compulsions (27). Trying to disentangle the overlap between the early onset and the tic related OCD subgroup, de Mathis et al., (6) has analyzed a large sample of early onset adult OCD patients, with and without tics. They found that patients with early age at onset without tic disorders presented higher mean global severity score (measured by DY-BOCS), and higher mean score in the "contamination/cleaning" dimension. Further studies of the same group assessing 813 OCD adults (236 with any chronic tic disorder) found higher rates of anxiety disorders, attention-deficit and hyperactivity, and impulse control disorders in tic related OCD group (48).

4- Etiology and pathogenesis

Genetic, familial and environmental factors

Studies have consistently reported that OCD is familial, especially among early-onset OCD patients (26, 49-51). Genetic epidemiological studies provide the most compelling evidence for the association between OCD and TS. Whether the probands are ascertained based on the diagnosis of TS (52-57) or of OCD (49, 58, 59) the first-degree relatives have higher frequency of both OCD or tic disorders when compared to control relatives. Studies with OCD families have also reported that the earlier the age at onset of the OC symptoms in the proband, the higher the genetic loading in the family. A twin study of TS reported higher concordance of OC symptoms (60) reported that among 43 twin pairs in which one member had TS, 83% of the TS patients had OC symptoms. A population based study also found that early-onset OCD conferred a higher risk of OCD in family members (61).

Among all the polymorphisms that have been studied in OCD, some relevant findings have been reported for the SLC1A1 (62) and the SAPAP3 genes (63), which are responsible for the glutamatergic expression and were correlated with repetitive behaviors in humans and rodents (64). Interestingly, glutamatergic candidate genes (DLGAP2) have shown a strong trend towards significant association with pre-frontal volumetric changes in a pediatric OCD sample (65), but further studies are required to establish the relationship between candidate genes and physiology of OCD. A recent whole genome association study found an association between OCD and DLGAP1, a member of the neuronal postsynaptic density complex.

Mossner et al (66) found an association between a tryptophan hydroxylase-2 polymorphism and early-onset OCD and Walitza et al., (67) found an association of a 5HT2A promoter polymorphism and early-onset OCD. Three studies found an association between dopamine receptor polymorphisms and Tic-related OCD, but they haven't been replicated (68, 69). Urraca et al., (70) studied two single nucleotide polymorphisms (C17T and A118G) in 51 trios with OCD and found a trend toward a higher frequency of the allelic variant +G of the A118G polymorphism in OCD plus tic disorders ($p=0.065$).

Non-genetic familial factors are also important for the maintenance of OCS (71). Younger children are more prone to involve their relatives on their rituals, what leads to higher levels of family accommodation (72). Several environmental factors, like birth trauma (73), *streptococcal* infections (74, 75) and other infectious agents (76) have been also associated with OCD. It's

still unknown the importance of those factors and their interaction in the early phases of brain development as epigenetic factors for the genesis of OCD.

Neuroanatomical, neurochemical, and neuropsychological factors

Based on structural neuroimaging studies, there are volumetric changes of basal ganglia, both on children and adults with OCD (77-79). Volumetric changes in gray matter of the frontal cortex and anterior cingulate gyri have been described in children. Those same alterations have been observed in adults, in both gray and white matters (80-82). It seems that children and adolescents with OCD present volumetric reduction of corpus callosum and pituitary and enlargement of the third ventricle, compared to controls (78). Functional neuroimaging studies have shown that the orbitofrontal cortex, anterior cingulate and striatum are hyperactive in OCD patients at rest and hyper responsive in the presence of symptoms. Those activities decrease after treatment (83-85). The amygdala is hyperactivated when there is exposition to specific stimuli linked to the OCS in the pediatric population (86).

Neuropsychological tests have indicated alterations of mental flexibility, motor skills, and global executive deficits in individuals with OCS and OCD (87, 88). Cognitive inflexibility was found to be related to less frontal-cortical activation in pediatric OCD (89). Some of those findings have also been found in first-degree relatives of OCD patients (90). It has been suggested that some neuropsychological alterations in childhood, such as executive visuospatial deficits, may be a risk factor for adulthood OCD (91).

The serotonergic system seems to take part in the pathophysiology of OCD, as many clinical trials demonstrate efficacy in decreasing OCS with the use of serotonergic drugs (92). Peripheral serotonergic alterations are frequently observed in OCD patients and their unaffected relatives what could represent endophenotypes (93). Investigations beyond the monoamine systems suggest that oxytocin plays an important role in OCS. Evidence from preclinical studies suggests that neuropeptides may have important influence on memory acquisition, maintenance and retrieval; grooming, maternal, affiliation, sexual and aggressive behavior; fixed action patterns; and stereotyped behavior. These phenomena may relate to some OCD features (94).

Infectious and immunological factors

During the past two decades it has been suggested an association between group A β -hemolytic streptococcal (GABHS) infection as well as rheumatic fever (RF) (systemic autoimmune disease triggered by GABHS) and the onset or exacerbation of neuropsychiatric disorders, specially OCD and tics (74, 95). The pathophysiologic model suggests that GABHS infection in a susceptible host triggers the production of autoantibodies that cross-react with the cellular components of the basal ganglia, particularly in the caudate nucleus and putamen (95-97).

Swedo et al. characterized 50 pre-pubertal children with acute onset of OCD, TS and other neuropsychiatric disorders after streptococcal infection and proposed the acronym PANDAS (*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infection*) for these manifestations (74). PANDAS children are significantly more likely to present with separation anxiety, urinary urgency, hyperactivity, impulsivity and decline in school performance during their initial episode of neuropsychiatric disorder when compared to non-PANDAS children (98). Although the PANDAS concept raised great expectations in the field, recent longitudinal studies provided no evidence for a temporal association between GABHS infections and tic/OC symptom exacerbations in children who meet PANDAS diagnostic criteria (99) (100). Presumably, other infectious agents such as mycoplasma may trigger neuropsychiatric disorders (76). The higher frequency of OCS and tics in non-acute rheumatic fever patients reported in several studies (101-103) suggests acute changes related to GABHS infection might have persisted or triggered late pathophysiological changes that increase susceptibility to these neuropsychiatric disorders. It is also possible that obsessive-compulsive spectrum disorders and RF share a common familial/genetic etiology (104).

Thus, the complexity of the mechanisms which through GABHS and RF mediate acute and persistent obsessive-compulsive spectrum disorders are much more complex and deserve more longitudinal and neurobiological studies.

5- Treatment

Treatment starts with a comprehensive evaluation of the child, the family and their environment. It could be divided into three main strategies, psychoeducation, psychotherapy, and pharmacological treatment. This review will concentrate on the main issues of pharmacotherapy.

Psychoeducation

Psychoeducation is a crucial component of treatment not only for patients but for their families (105). Parents usually participate in the OCSs of their children (42). In some families, there is an attempt to stop the patient from performing the rituals while in others there is an “accommodation”. As mentioned above, family accommodation has been associated with patients’ poor insight about their obsessions/compulsions (42), and with family dysfunction and distress (106). Therefore, every family who searches for treatment should have information about OCD and treatment strategies. The psychiatrist should explain the specific and individual symptoms of the child and the different available treatments.

Cognitive-behavioral therapy

Both group and individual cognitive-behavior therapy (CBT) have demonstrated efficacy in the treatment of OCD children, adolescents and adults, and are recommended as first-line psychotherapeutic interventions according to many guidelines and reviews (24, 25, 38, 107, 108). Not only intensive (daily) but weekly CBT are effective treatments for childhood-onset

OCD (108, 109). Effect size of CBT in pediatric OCD is about 1.4 (107). Exposure and response prevention is a cognitive-behavioral technique that has been shown to be effective in youths with OCD (105). CBT may be used alone (mild OCD) or in conjunction with medication (moderate and severe OCD).

Long-term outcome studies have indicated that the tic related OCD subgroup does not respond as well as the non-tic related to psychotherapy, even though it presents a significantly higher improvement over the years with pharmacotherapy (110).

Pharmacological Therapy

The first pharmacological choice for OCD in children and adolescents are the selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) (29, 111). Fluoxetine, fluvoxamine and sertraline are efficient and well tolerated drugs for OCD in children (29, 107, 112) and are approved by the Food and Drug Administration (FDA) for this use in the pediatric population. The average effect size of these drugs in OCD children and adolescents, compared to placebo was 0.7 (113). Citalopram (114) and escitalopram (115) had similar results, although FDA has not yet approved them for children.

A recent metanalysis suggested that higher doses of SSRIs are associated with greater efficacy in the treatment of OCD. However, higher doses of SSRIs were associated with significantly higher proportion of dropouts due to side-effects (116). Most common side effects of SSRI include nausea, sedation, diarrhea, insomnia and hyperstimulation (29, 116, 117). Clomipramine, a serotonergic tricyclic antidepressant, was the first psychotropic described as efficient for both adults and children with OCD (113, 118). Some studies suggest that its therapeutic effect ($ES = 0.95$) is even higher than SSRIs ($ES=0.66$) (107, 113). However, it has more adverse effects, such as arrhythmias, atrioventricular blockage, and anticholinergic symptoms (for example: dry mouth, constipation, diarrhea) (107, 118, 119).

To achieve greater efficacy, the combination of CBT with medication has been suggested as the treatment of choice. In the *Pediatric OCD treatment study*, combined treatment showed the greatest decrease in symptom scores and remission rates (POTS team, 2004). A recent study (POTS II randomized controlled trial) assessing partial responders to SRI reported that the addition of CBT to medication compared with medication alone resulted in a significantly greater response (120).

Treatment should start with low doses in order to reduce the risk of adverse effects (25, 121). An adequate trial should use the medication for at least 12 to 16 weeks with adequate doses (Table 1). Optimal duration of treatment for children with OCD is unknown. Most authors suggest that treatment should be maintained for at least 12 months after symptom resolution or stabilization, followed by a very gradual decrease (107).

Table 1: First-line pharmacological agents for the management of pediatric obsessive-compulsive disorder

Antidepressant	FDA Approval for OCD in children	Minimum Age by FDA	Starting dose recommendation (mg/day)	Maximum Dose recommendation (mg/day)
Clomipramine	Yes	5	6,25- 25	300
Fluoxetine	Yes	8	2,5-10	80
Sertraline	Yes	6	12,5-25	200
Fluvoxamine	Yes	8	12,5-50	300
Paroxetine	Yes	8	2,5-10	60
Citalopram	No	--	2,5-10	60
Escitalopram	No	--	2,5-10	30

Adapted from: Alvarenga, Mastrorosa, Rosario - IACAPAP, 2012 (38)

After an initial treatment with an SSRI, 40-50% of patients may not respond (113). For these patients, it is suggested to change to another SSRI (94). Children with externalizing comorbidities (such as ADHD and conduct disorders), more severe symptoms and lower insight and parental stress or accommodation levels may have a worse response (122-125). Those with a family history of OCD showed a decrease up to six times in treatment effect sizes (125).

Augmentation strategies with antipsychotics for resistant OCD are especially indicated when tic disorders are present in the patient or on a family member, and also if the patient has a poor insight (92, 126). Several clinical trials in adults proposed a significant efficacy for haloperidol and atypical antipsychotics in adults (92), mainly risperidone (127), quetiapine (128), aripiprazol (124), and olanzapine (129).

In children and adolescents evidence is still limited to few case series and open trials using risperidone (127, 130), quetiapine (128), aripiprazol (126), and other atypical agents (131). Despite limited, empirical evidence supports the efficacy of augmentation strategies for SSRI treatment in children and adolescents who do not respond well to the first-line treatment. Finally, novel treatment strategies, as sequential multi-assignment randomized trial for pediatric (SMART), have shown to be feasible and effective for a heterogeneous sample of OCD children in the context of public health (132).

6- Conclusion and future perspectives

OCD is a common and potentially disabling condition in childhood and adolescence and OCD patients should be assessed from a developmental standpoint. Specific features have been associated with early-onset OCD, such as male preponderance, higher severity of compulsions, lower insight, higher presence of aggression, sexual and ordering/arranging

related obsessions and compulsions, higher rates of sensory phenomena and comorbid tic disorders. Family aggregation, immunological models and neuroimaging studies also indicate that early-onset OCD is a possible OCD subtype. Data have also demonstrated that a I OCD is better understood from a dimensional perspective. Behavioral treatments and SSRIs are first-line options for pediatric OCD and are effective for most patients. For resistant cases, individualized sequential strategies and augmentation therapies might be useful.

Beyond the research towards new pharmacological and non-pharmacological treatments, the identification of an *at-risk* population for developing OCD is required in order to develop more specific and cost effective preventive strategies. Additional research on how the changes in the DSM-5 will affect clinical and research strategies are warranted.

7- REFERENCES

1. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Milantoni L, Arcangeli F. A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(7):673-81.
2. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1094-9.
3. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15(1):53-63.
4. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):168-76.
5. Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1899-903.
6. de Mathis MA, Diniz JB, Shavitt RG, Torres AR, Ferrao YA, Fossaluza V, et al. Early Onset Obsessive-Compulsive Disorder With and Without Tics. *Cns Spectrums*. 2009;14(7):362-70.
7. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988;27(6):764-71.
8. Canals J, Hernández-Martínez C, Cosi S, Voltas N. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *J Anxiety Disord*. 2012;26(7):746-52.
9. Apter A, Pauls DL, Bleich A, Zohar AH, Kron S, Ratzoni G, et al. An epidemiologic study of Gilles de la Tourette's syndrome in Israel. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(9):734-8.
10. Mahfouz AA, Al-Gelban KS, Al Amri H, Khan MY, Abdelmoneim I, Daffalla AA, et al. Adolescents' mental health in Abha city, southwestern Saudi Arabia. *Int J Psychiatry Med*. 2009;39(2):169-77.
11. Black DW, Gaffney GR. Subclinical obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: additional results from a "high-risk" study. *CNS Spectr*. 2008;13(9 Suppl 14):54-61.
12. Fullana MA, Vilagut G, Rojas-Farreras S, Mataix-Cols D, de Graaf R, Demyttenaere K, et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. *J Affect Disord*. 2010;124(3):291-9.
13. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
14. Diniz JB, Rosario-Campos MC, Shavitt RG, Curi M, Hounie AG, Brotto SA, et al. Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(1):22-7.
15. de Mathis MA, Diniz JB, Hounie AG, Shavitt RG, Fossaluza V, Ferrão Y, et al. Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23(7):594-601.
16. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatr Res*. 2003;37(2):127-33.
17. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sözen A, Aslantaş B, et al. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2005;21(3):112-7.
18. Chabane N, Delorme R, Millet B, Mouren MC, Leboyer M, Pauls D. Early-onset obsessive-compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical and familial pattern? *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(8):881-7.

19. de Mathis MA, Rosario MCd, Diniz JB, Torres AR, Shavitt RG, Ferrao YA, et al. Obsessive-compulsive disorder: Influence of age at onset on comorbidity patterns. *European Psychiatry*. 2008;23(3):187-94.
20. (APA) APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5. Fifth edition ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
21. Miguel EC, Leckman JF, Rauch S, do Rosario-Campos MC, Hounie AG, Mercadante MT, et al. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Mol Psychiatry*. 2005;10(3):258-75.
22. Fernández de la Cruz L, Micali N, Roberts S, Turner C, Nakatani E, Heyman I, et al. Are the symptoms of obsessive-compulsive disorder temporally stable in children/adolescents? A prospective naturalistic study. *Psychiatry Res*. 2013;209(2):196-201.
23. Riddle MA, Scahill L, King R, Hardin MT, Towbin KE, Ort SI, et al. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29(5):766-72.
24. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29(2):353-70.
25. al R-Ce. Obsessive-compulsive disorder in childhood. *Adv Biol Psychiatry* 2008.
26. do Rosario-Campos MC, Leckman JF, Curi M, Quatrano S, Katsovitch L, Miguel EC, et al. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005;136B(1):92-7.
27. Miguel EC, do Rosário-Campos MC, Prado HS, do Valle R, Rauch SL, Coffey BJ, et al. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(2):150-6; quiz 7.
28. Rosario MC, Prado HS, Borcato S, Diniz JB, Shavitt RG, Hounie AG, et al. Validation of the University of São Paulo Sensory Phenomena Scale: initial psychometric properties. *CNS Spectr*. 2009;14(6):315-23.
29. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive. AACAP: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 2012. p. 98-113.
30. Kalra SK, Swedo SE. Children with obsessive-compulsive disorder: are they just "little adults"? *J Clin Invest*. 2009;119(4):737-46.
31. Evans DW, Milanak ME, Medeiros B, Ross JL. Magical beliefs and rituals in young children. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2002;33(1):43-58.
32. Leckman JF, Bloch MH, King RA. Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(1):21-33.
33. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):228-38.
34. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2008;165(12):1532-42.
35. Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, et al. Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010;27(6):507-27.
36. Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA, Liang KY, Wang Y, Grados MA, et al. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychol Med*. 2012;42(1):1-13.
37. MC R-C, PG A, MA dM, JF L. Obsessive-compulsive disorder in childhood. In: Banaschewski T RL, editor. *Biological Child Psychiatry Recent Trends and Developments*. 242008. p. 83-95.
38. PG dA, R M, MC dR. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. IACAPAP - e-text book for Child and Adolescent Mental Health; 2012.
39. Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, et al. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(6):844-52.
40. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry*. 2006;11(5):495-504.
41. Albert U, Bogetto F, Maina G, Saracco P, Brunatto C, Mataix-Cols D. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Res*. 2010;179(2):204-11.
42. Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *J Anxiety Disord*. 2000;14(3):209-17.
43. TM A. Integrative Guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles. Burlington. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychology; 1991.
44. McGuire JF, Small BJ, Lewin AB, Murphy TK, De Nadai AS, Phares V, et al. Dysregulation in pediatric obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2013.
45. Jacob S, Landeros-Weisenberger A, Leckman JF. Autism spectrum and obsessive-compulsive disorders: OC behaviors, phenotypes and genetics. *Autism Res*. 2009;2(6):293-311.
46. Perugi G, Fornaro M, Akiskal HS. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry*. 2011;10(1):45-51.

47. SB C. Behavioral phenotypes in genetic syndromes: genetic clues to human behavior. In: CA M, editor. *Adv Pediatr*. 2002.
48. Gomes de Alvarenga P, de Mathis MA, Dominguez Alves AC, do Rosário MC, Fossaluzza V, Hounie AG, et al. Clinical features of tic-related obsessive-compulsive disorder: results from a large multicenter study. *CNS Spectr*. 2012;17(2):87-93.
49. Nestadt G, Lan T, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, et al. Complex segregation analysis provides compelling evidence for a major gene underlying obsessive-compulsive disorder and for heterogeneity by sex. *Am J Hum Genet*. 2000;67(6):1611-6.
50. Hanna GL, Fingerlin TE, Himle JA, Boehnke M. Complex segregation analysis of obsessive-compulsive disorder in families with pediatric probands. *Hum Hered*. 2005;60(1):1-9.
51. Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, et al. Familiality of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1986-92.
52. Pauls DL, Towbin KE, Leckman JF, Zahner GE, Cohen DJ. Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. Evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43(12):1180-2.
53. Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, Leckman JF. A family study of Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Hum Genet*. 1991;48(1):154-63.
54. Comings DE, Comings BG. A controlled study of Tourette syndrome. IV. Obsessions, compulsions, and schizoid behaviors. *Am J Hum Genet*. 1987;41(5):782-803.
55. Eapen V, Pauls DL, Robertson MM. Evidence for autosomal dominant transmission in Tourette's syndrome. United Kingdom cohort study. *Br J Psychiatry*. 1993;162:593-6.
56. van de Wetering BJ, Heutink P. The genetics of the Gilles de la Tourette syndrome: a review. *J Lab Clin Med*. 1993;121(5):638-45.
57. Hebebrand J, Klug B, Fimmers R, Seuchter SA, Wettke-Schäfer R, Deget F, et al. Rates for tic disorders and obsessive compulsive symptomatology in families of children and adolescents with Gilles de la Tourette syndrome. *J Psychiatr Res*. 1997;31(5):519-30.
58. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(1):76-84.
59. Grados MA, Riddle MA, Samuels JF, Liang KY, Hoehn-Saric R, Bienvenu OJ, et al. The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: the Hopkins OCD family study. *Biol Psychiatry*. 2001;50(8):559-65.
60. Price RA, Kidd KK, Cohen DJ, Pauls DL, Leckman JF. A twin study of Tourette syndrome. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42(8):815-20.
61. Mataix-Cols D, Boman M, Monzani B, Rück C, Serlachius E, Långström N, et al. Population-based, multigenerational family clustering study of obsessive-compulsive disorder. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(7):709-17.
62. Arnold PD, Sicard T, Burroughs E, Richter MA, Kennedy JL. Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):769-76.
63. Zald DH KS. Anatomy and function of the orbital frontal cortex, I: anatomy, neurocircuitry; and obsessive-compulsive disorder. *J. Neuropsychiatry. Clin. Neurosci* 1996.
64. Bienvenu OJ, Wang Y, Shugart YY, Welch JM, Grados MA, Fyer AJ, et al. Sapap3 and pathological grooming in humans: Results from the OCD collaborative genetics study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2009;150B(5):710-20.
65. Wu K, Hanna GL, Easter P, Kennedy JL, Rosenberg DR, Arnold PD. Glutamate system genes and brain volume alterations in pediatric obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Psychiatry Res*. 2013;211(3):214-20.
66. Mössner R, Walitza S, Geller F, Scherag A, Gutknecht L, Jacob C, et al. Transmission disequilibrium of polymorphic variants in the tryptophan hydroxylase-2 gene in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2006;9(4):437-42.
67. Walitza S, Wendland JR, Gruenblatt E, Warnke A, Sontag TA, Tucha O, et al. Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(3):227-35.
68. Cruz C, Camarena B, King N, Páez F, Sidenberg D, de la Fuente JR, et al. Increased prevalence of the seven-repeat variant of the dopamine D4 receptor gene in patients with obsessive-compulsive disorder with tics. *Neurosci Lett*. 1997;231(1):1-4.
69. Nicolini H, Cruz C, Páez F, Camarena B. [Dopamine D2 and D4 receptor genes distinguish the clinical presence of tics in obsessive-compulsive disorder]. *Gac Med Mex*. 1998;134(5):521-7.
70. Urraca N, Camarena B, Gómez-Caudillo L, Esmer MC, Nicolini H. Mu opioid receptor gene as a candidate for the study of obsessive compulsive disorder with and without tics. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2004;127B(1):94-6.
71. McKay D, Piacentini J, Greisberg S, Graae F, Jaffer M, Miller J. The structure of childhood obsessions and compulsions: dimensions in an outpatient sample. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):137-46.
72. Futh A, Simonds LM, Micali N. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: parental understanding, accommodation, coping and distress. *J Anxiety Disord*. 2012;26(5):624-32.

73. Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG, Akkerman F, Curi M, Lopes AC, et al. Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):301-7.
74. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry*. 1998;155(2):264-71.
75. de Alvarenga PG, Hounie AG, Miguel EC. The role of group A beta-hemolytic streptococcal infection in neuropsychiatric disorders. *Pediatrics*. 2008;122(5):1157; author reply -8.
76. Ercan TE, Ercan G, Severge B, Arpaozu M, Karasu G. *Mycoplasma pneumoniae* infection and obsessive-compulsive disease: a case report. *J Child Neurol*. 2008;23(3):338-40.
77. Scarone S, Colombo C, Livian S, Abbruzzese M, Ronchi P, Locatelli M, et al. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Res*. 1992;45(2):115-21.
78. Rosenberg DR, Keshavan MS, O'Hearn KM, Dick EL, Bagwell WW, Seymour AB, et al. Frontostriatal measurement in treatment-naïve children with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(9):824-30.
79. Robinson D, Wu H, Munne RA, Ashtari M, Alvir JM, Lerner G, et al. Reduced caudate nucleus volume in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(5):393-8.
80. Szeszko PR, MacMillan S, McMeniman M, Chen S, Baribault K, Lim KO, et al. Brain structural abnormalities in psychotropic drug-naïve pediatric patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161(6):1049-56.
81. Zarei M, Mataix-Cols D, Heyman I, Hough M, Doherty J, Burge L, et al. Changes in gray matter volume and white matter microstructure in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2011;70(11):1083-90.
82. Gruner P, Vo A, Ikuta T, Mahon K, Peters BD, Malhotra AK, et al. White matter abnormalities in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2012;37(12):2730-9.
83. Menzies L, Chamberlain SR, Laird AR, Thelen SM, Sahakian BJ, Bullmore ET. Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: the orbitofronto-striatal model revisited. *Neurosci Biobehav Rev*. 2008;32(3):525-49.
84. Rotge JY, Guehl D, Dilharreguy B, Cuny E, Tignol J, Bioulac B, et al. Provocation of obsessive-compulsive symptoms: a quantitative voxel-based meta-analysis of functional neuroimaging studies. *J Psychiatry Neurosci*. 2008;33(5):405-12.
85. Whiteside SP, Port JD, Abramowitz JS. A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2004;132(1):69-79.
86. Simon D, Kaufmann C, Müsch K, Kischkel E, Kathmann N. Fronto-striato-limbic hyperactivation in obsessive-compulsive disorder during individually tailored symptom provocation. *Psychophysiology*. 2010;47(4):728-38.
87. Roth RM, Milovan D, Baribeau J, O'Connor K. Neuropsychological functioning in early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005;17(2):208-13.
88. Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(7):773-8.
89. Britton JC, Stewart SE, Killgore WD, Rosso IM, Price LM, Gold AL, et al. Amygdala activation in response to facial expressions in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2010;27(7):643-51.
90. Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW, Sahakian BJ. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005;29(3):399-419.
91. Grisham JR, Anderson TM, Poulton R, Moffitt TE, Andrews G. Childhood neuropsychological deficits associated with adult obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 2009;195(2):138-41.
92. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2006;11(7):622-32.
93. Delorme R, Betancur C, Callebaut J, Chabane N, Laplanche JL, Mouren-Simeoni MC, et al. Platelet serotonergic markers as endophenotypes for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2005;30(8):1539-47.
94. McDougall CJ, Barr LC, Goodman WK, Price LH. Possible role of neuropeptides in obsessive compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 1999;24(1):1-24.
95. Mercadante MT, Diniz JB, Hounie AG, Ferrão Y, Alvarenga P, Brotto S, et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005;17(4):544-7.
96. Giedd JN, Rapoport JL, Leonard HL, Richter D, Swedo SE. Case study: acute basal ganglia enlargement and obsessive-compulsive symptoms in an adolescent boy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(7):913-5.
97. Hoekstra PJ, Steenhuis MP, Troost PW, Korf J, Kallenberg CG, Minderaa RB. Relative contribution of attention-deficit hyperactivity disorder, obsessive-compulsive disorder, and tic severity to social and behavioral problems in tic disorders. *J Dev Behav Pediatr*. 2004;25(4):272-9.
98. Bernstein GA, Victor AM, Pipal AJ, Williams KA. Comparison of clinical characteristics of pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections and childhood obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010;20(4):333-40.

99. Luo F, Leckman JF, Katsoyich L, Findley D, Grantz H, Tucker DM, et al. Prospective longitudinal study of children with tic disorders and/or obsessive-compulsive disorder: relationship of symptom exacerbations to newly acquired streptococcal infections. *Pediatrics*. 2004;113(6):e578-85.
100. Leckman JF, King RA, Gilbert DL, Coffey BJ, Singer HS, Dure LS, et al. Streptococcal upper respiratory tract infections and exacerbations of tic and obsessive-compulsive symptoms: a prospective longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(2):108-18.e3.
101. Hounie A, Pauls D, Mercadante M, Rosairio-Campos M, Shavitt R, de Mathis M, et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever with and without Sydenham's chorea. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;65(7):994-9.
102. Alvarenga PG, Hounie AG, Mercadante MT, Diniz JB, Salem M, Spina G, et al. Obsessive-compulsive symptoms in heart disease patients with and without history of rheumatic fever. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2006;18(3):405-8.
103. AU R, YC R, J P, PK P. Obsessive compulsive disorder in adults with rheumatic heart disease. *Acta Neuropsychiatrica* 2007.
104. Hounie AG, Pauls DL, do Rosario-Campos MC, Mercadante MT, Diniz JB, De Mathis MA, et al. Obsessive-compulsive spectrum disorders and rheumatic fever: a family study. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):266-72.
105. Freeman JB, Garcia AM, Coyne L, Ale C, Przeworski A, Himle M, et al. Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(5):593-602.
106. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle CJ, et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(3):441-3.
107. Mancuso E, Faro A, Joshi G, Geller DA. Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010;20(4):299-308.
108. Peris TS, Piacentini J. Optimizing treatment for complex cases of childhood obsessive compulsive disorder: a preliminary trial. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42(1):1-8.
109. EA S. Family-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: comparison of intensive and weekly approaches. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2007. p. 469-78.
110. Bloch MH, Green C, Kichuk SA, Dombrowski PA, Wasylinski S, Billingslea E, et al. Long-term outcome in adults with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2013;30(8):716-22.
111. Grados M, Scahill L, Riddle MA. Pharmacotherapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1999;8(3):617-34, x.
112. Lewin AB, Storch EA, Adkins J, Murphy TK, Geffken GR. Current directions in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Pediatr Ann*. 2005;34(2):128-34.
113. Geller DA, Biederman J, Stewart SE, Mullin B, Martin A, Spencer T, et al. Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11):1919-28.
114. Thomsen PH, Ebbesen C, Persson C. Long-term experience with citalopram in the treatment of adolescent OCD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(8):895-902.
115. Marazziti D, Consoli G, Baroni S, Catena Dell'Osso M. Past, present and future drugs for the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Curr Med Chem*. 2010;17(29):3410-21.
116. Bloch MH, McGuire J, Landeros-Weisenberger A, Leckman JF, Pittenger C. Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2010;15(8):850-5.
117. Goodman WK. Obsessive-compulsive disorder: diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 18:27-32.
118. Leonard HL, Rapoport JL. Pharmacotherapy of childhood obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1989;12(4):963-70.
119. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, Rettew DC, Cheslow DL, Hamburger SD, et al. A double-blind desipramine substitution during long-term clomipramine treatment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(10):922-7.
120. Franklin ME, Sapyta J, Freeman JB, Khanna M, Compton S, Almirall D, et al. Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *JAMA*. 2011;306(11):1224-32.
121. Alvarenga PG, do Rosário MC, Batistuzzo MC, Diniz JB, Shavitt RG, Duran FL, et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions correlate to specific gray matter volumes in treatment-naïve patients. *J Psychiatr Res*. 2012;46(12):1635-42.
122. March JS, Franklin ME, Leonard H, Garcia A, Moore P, Freeman J, et al. Tics moderate treatment outcome with sertraline but not cognitive-behavior therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):344-7.
123. M G, MA R. Do all obsessive-compulsive disorder subtypes respond to medication? *Rev. Psychiatry* 2008. p. 189-93.
124. Storch EA, Lehmkuhl H, Geffken GR, Touchton A, Murphy TK. Aripiprazole augmentation of incomplete treatment response in an adolescent male with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25(2):172-4.

125. Garcia AM, Sapyta JJ, Moore PS, Freeman JB, Franklin ME, March JS, et al. Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):1024-33; quiz 86.
126. Masi G, Pfanner C, Brovedani P. Antipsychotic augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors in resistant tic-related obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a naturalistic comparative study. *J Psychiatr Res*. 2013;47(8):1007-12.
127. Thomsen PH. Risperidone augmentation in the treatment of severe adolescent OCD in SSRI-refractory cases: a case-series. *Ann Clin Psychiatry*. 2004;16(4):201-7.
128. Cohen LS. Quetiapine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(6):623-4.
129. Dold M, Aigner M, Lanzenberger R, Kasper S. Antipsychotic augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of double-blind, randomized, placebo-controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2013;16(3):557-74.
130. Fitzgerald KD, Stewart CM, Tawile V, Rosenberg DR. Risperidone augmentation of serotonin reuptake inhibitor treatment of pediatric obsessive compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 1999;9(2):115-23.
131. Masi G, Millepiedi S, Perugi G, Pfanner C, Berloff S, Pari C, et al. Pharmacotherapy in paediatric obsessive-compulsive disorder: a naturalistic, retrospective study. *CNS Drugs*. 2009;23(3):241-52.
132. Rosa M, Pedro A, Fernando A, Alice dMM, Fábio O, et al. Developing adaptive treatment strategies for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: rationale, feasibility and methods. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry*, Submitted.

ANEXO C – Family History Screening

IBOPE inteligência	ALAMEDA SANTOS, 2101 SÃO PAULO	INSERIR NOME DO FORNECEDOR (PELO CAMPO)	INÍCIO: ____:____	TÉRMINO: ____:____	NUMERO DO QUESTIONÁRIO: ____ ____ ____ ____
JOB Nº 090690					
Prevenção					
NOME DO ENTREVISTADO:			DDD:		
ENDEREÇO:			FONE RES:		
e-mail:			FONE COM:		
			CELULAR:		
			BAIRRO:		ZONA:
ENTREVISTADOR(A):		CPF:	DATA:		
		____ ____ ____ ____ ____ ____	____/____/08		
CRÍTICO(A):		CPF:	DATA:		
		____ ____ ____ ____ ____ ____	____/____/08		
VERIFICADOR(A):		CPF:	DATA:		
		____ ____ ____ ____ ____ ____	____/____/08		
CONTROLE DE QUALIDADE IBOPE RECRÍTICA:		CPF:	DATA:		
		____ ____ ____ ____ ____ ____	____/____/08		
CONTROLE DE QUALIDADE IBOPE VERIFICAÇÃO:		CPF:	DATA:		
		____ ____ ____ ____ ____ ____	____/____/08		
VOLTAS DE PROCESSAMENTO E CODIFICAÇÃO			CÓDIGO DO CODIFICADOR:		
			____ ____ ____		
VOLTAS DE CAMPO			COMENTÁRIOS DE CAMPO		

INTRODUÇÃO:

Meu nome é (*nome do entrevistador*), faço parte da equipe de avaliação do projeto PREVENÇÃO. A escola em que seu filho está se matriculando é uma das participantes desse grande projeto financiado pelo governo federal que tem o objetivo de desenvolver estudos que permitam compreender melhor os problemas emocionais e de comportamento das crianças. O projeto é uma parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade de São Paulo (USP), Secretaria de Educação do seu estado e escola do seu filho.

O projeto conta com psiquiatras, psicólogos e fonoaudiólogos, bem como uma ampla equipe de pesquisa que poderá entrar em contato com você e com seu filho no próximo ano. As crianças selecionadas para participação no projeto contarão com entrevistas em casa sobre seu filho e sua família e avaliações especializadas do seu filho na escola.

A secretaria de educação e a sua escola são parceiras nesse projeto e estimulam a sua participação. Para participar basta responder algumas questões sobre você e sobre sua família em uma entrevista comigo (com duração de cerca de 15 minutos) e completar um breve questionário auto-aplicativo após a entrevista (com duração de cerca de 5 minutos). Lembre-se, você poderá se retirar da pesquisa em qualquer momento do estudo. A equipe estará a disposição para dar as informações necessárias acerca do projeto.

A. rematricula		B. Cidade	
Sim	1	São Paulo	1
Não	2 - encerrar	Porto Alegre	2

P1. Alguma das crianças a ser matriculada hoje pelo Sr(a) tem até 12 anos completos? (RU)

Sim	01	
Não	02	Encerrar
Não sei	03	Encerrar

P2. O Sr(a) é o pai biológico (de sangue) da criança que está sendo matriculada hoje? (RU)

Sim	01	
Não	02	Encerrar
Não sei	03	Encerrar

P3. O Sr(a) deseja participar e permite que seu filho participe desse grande projeto? (RU)

Sim	01
Não	02

P3a. Qual o motivo de o Sr(a) não querer participar do projeto? (RM - ANOTAR MOTIVOS ABAIXO)

Não acha que a pesquisa beneficiará o seu filho	01
Falta de tempo para responder os questionários agora	02
Não deseja realizar entrevista domiciliar	03
Não gostaria que seu filho fosse avaliado no colégio	04
Outros - favor especificar	05

(P3A = 2 OU 3) ENCERRAR O QUESTIONÁRIO

P4. Qual o sexo do respondente? (RU)

Masculino	01
Feminino	02

P5. Qual seu nome completo e idade?

Nome	
Idade	

P6. Qual o nome completo de cada um dos seus filhos?

Filho 1	
Filho 2	
Filho 3	
Filho 4	
Filho 5	
Filho 6	
Filho 7	
Filho 8	
Filho 9	
Filho 10	
Filho 11	

P7. O(a) Sr.(a) possui algum filho(a) falecido? (RU)

Sim	01	
Não	02	Pule para P10

P8. Qual o nome do(a) seu(sua) filho(a) falecido(a)?

Nome

Filho 1	
Filho 2	
Filho 3	
Filho 4	
Filho 5	
Filho 6	
Filho 7	
Filho 8	
Filho 9	
Filho 10	
Filho 11	

P9. Com que idade o seu filho LER NOMES ABAIXO faleceu?

Aplicar para cada resposta da P8.

Anos

Filho 1	
Filho 2	
Filho 3	
Filho 4	
Filho 5	
Filho 6	
Filho 7	
Filho 8	
Filho 9	
Filho 10	
Filho 11	

P10. Qual a idade do(a) LER NOMES ABAIXO.

Aplicar para cada resposta da P6.

Anos

Filho 1	
Filho 2	
Filho 3	
Filho 4	
Filho 5	
Filho 6	
Filho 7	
Filho 8	
Filho 9	
Filho 10	
Filho 11	

P11. O Sr(a) vai matricular o(a) LER NOMES ABAIXO hoje? (RU POR FILHO)

Aplicar para cada resposta da P6.

	Sim	Não
Filho 1	1	2
Filho 2	1	2
Filho 3	1	2
Filho 4	1	2
Filho 5	1	2
Filho 6	1	2
Filho 7	1	2
Filho 8	1	2
Filho 9	1	2
Filho 10	1	2
Filho 11	1	2

P12. Em qual série (ano) a criança (LER NOMES ABAIXO) será matriculada no ano de 2010?

Aplicar para cada resposta da P6. (RU POR FILHO)

	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano	7º ano	8º ano	9º ano
Filho 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Filho 2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Filho 3	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Filho 4	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Filho 5	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Filho 6	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Filho 7	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Filho 8	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Filho 9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Filho 10	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Filho 11	1	2	3	4	5	6	7	8	9

P13. Em qual período (manhã / tarde / noite / integral) a criança (LER NOME ABAIXO) será matriculada no ano de 2010?

Aplicar para cada resposta da P6. (RU POR FILHO)

	Manhã	Tarde	Noite	Integral
Filho 1	1	2	3	4
Filho 2	1	2	3	4
Filho 3	1	2	3	4
Filho 4	1	2	3	4
Filho 5	1	2	3	4
Filho 6	1	2	3	4
Filho 7	1	2	3	4
Filho 8	1	2	3	4
Filho 9	1	2	3	4
Filho 10	1	2	3	4
Filho 11	1	2	3	4

P14. Qual o sexo do(a) LER CADA NOME ABAIXO

Aplicar para cada resposta da P6. (RU POR FILHO)

	Masculino	Feminino
Filho 1	1	2
Filho 2	1	2
Filho 3	1	2
Filho 4	1	2
Filho 5	1	2
Filho 6	1	2
Filho 7	1	2
Filho 8	1	2
Filho 9	1	2
Filho 10	1	2
Filho 11	1	2

P15. Os seus filhos possuem o mesmo pai/ a mesma mãe? (RU)

Sim	01	Anote o nome na P16 e pule para P18
Não	02	

P16. Qual o nome do pai/ da mãe dos seus filhos?

P17. Quem é o pai/ a mãe de (NOME DA CRIANÇA)

Aplicar para cada resposta da P6

	Nome Pai/ Mãe 1	Nome Pai/ Mãe 2	Nome Pai/ Mãe 3	Nome Pai/ Mãe 4
Filho 1	1	2	3	4
Filho 2	1	2	3	4
Filho 3	1	2	3	4
Filho 4	1	2	3	4
Filho 5	1	2	3	4
Filho 6	1	2	3	4
Filho 7	1	2	3	4
Filho 8	1	2	3	4
Filho 9	1	2	3	4
Filho 10	1	2	3	4
Filho 11	1	2	3	4

P18. O(a) Sr(a) possui filhos gêmeos? (RU)

Sim	01	
Não	02	Pule para P21

P19. O(a) Sr(a) poderia me indicar quais deles são gêmeos?

Fazer consistência entre P10 e P17

	Gêmeos
Filho 1	1
Filho 2	1
Filho 3	1
Filho 4	1
Filho 5	1
Filho 6	1
Filho 7	1
Filho 8	1
Filho 9	1
Filho 10	1
Filho 11	1

P20 Eles são gêmeos idênticos? (RU)

Sim	01
Não	02

P21. Quais dessas pessoas moram na mesma residência que o(a) Sr(a)? (RU POR FAMILIAR)

	Sim	Não
Filho 1	1	2
Filho 2	1	2
Filho 3	1	2
Filho 4	1	2
Filho 5	1	2
Filho 6	1	2
Filho 7	1	2
Filho 8	1	2
Filho 9	1	2
Filho 10	1	2
Filho 11	1	2
Pai/ mãe 1	1	2
Pai/ mãe 2	1	2
Pai/ mãe 3	1	2
Pai/ mãe 4	1	2

A3 Agora eu gostaria que você pegasse um lápis ou caneta e um pedaço de papel e escrevesse os nomes conforme eu ditar (LER NOMES ABAIXO).

Você pode ler a lista para mim? (Cheque para ter certeza de que as duas listas coincidem).

Atenção: para que o filho entre na lista abaixo, ele deve ter entre 6 e 12 anos e estar sendo matriculado hoje, ou ser irmão/ meio irmão, de alguma criança de 6 a 12 anos que esteja sendo matriculada hoje. Para que o pai/mãe entre na lista abaixo, deve ser pai/mãe de alguma criança de 6 a 12 anos que seja matriculada hoje

Filho 1
Filho 2
Filho 3
Filho 4
Filho 5
Filho 6
Filho 7
Filho 8
Filho 9
Filho 10
Filho 11
Pai/ mãe 1
Pai/ mãe 2
Pai/ mãe 3
Pai/ mãe 4

Para as perguntas T1 a T37 usar a lista acima como itens de resposta.

Para as perguntas T1 a T37 somente aceitar resposta para a lista acima. (OBS: quando houver perguntas condicionais, aplicar somente familiares mencionados na pergunta origem)

	Filho 1	Filho 2	Filho 3	Filho 4	Filho 5	Filho 6	Filho 7	Filho 8	Filho 9	Filho 10	Filho 11	Pai/ Mae 1	Pai/ Mae 2	Pai/ Mae 3	Pai/ Mae 4
T1. Alguém da lista às vezes fica triste, para baixo ou deprimido na maior parte do tempo por duas semanas ou mais?															
T2. Alguém da lista já teve períodos de vários dias ou mais em que perdeu o interesse na maioria das coisas que habitualmente gostava, como no trabalho, nas atividades de lazer OU nos relacionamentos pessoais?															
T2A' [Se sim para 1 ou 2] Essa pessoa já ficou por um período se sentindo muito cansada, com menos energia, com alteração do sono, sem conseguir dar conta dos afazeres habituais ou com diminuição da capacidade de concentração nesse período?															
T2B' [Se sim para 1, 2] Esses momentos ocorreram APENAS após a morte de uma pessoa próxima?															
T2C' [Se sim p/ 2B] Esses momentos duraram no máximo 2 meses depois do falecimento dessa pessoa?															
T3. Alguém da lista já ficou por um período se sentindo extremamente feliz ou "para cima" ou alto?															
T3A' [Se sim para 3] Eu quero dizer "para cima" de tal forma que as pessoas ficaram muito preocupadas com ele ou que isso tenha interferido no desempenho de suas responsabilidades habituais.															
T4. Alguém na lista já ficou por um período mais ativo ou falante que o normal?															

[illegible]

[illegible]

[illegible]

5

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ANEXO D – Apostila de avaliação Domiciliar INPD.

DYBC6.

- Necessidade de fazer algo repetidamente, para desfazer ou neutralizar pensamentos de conteúdo sexual.
- OU necessidade de checar e re-chechar algo para se certificar de que não há nada de errado de natureza sexual.
- OU evitar alguns lugares ou coisas para prevenir pensamentos incômodos de conteúdo sexual.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC6a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC7.

- Pensamentos incômodos sobre certas coisas não estarem na posição exata, balanceadas e/ou arrumadas de forma simétrica.
- OU Uma sensação incômoda de que as coisas não estão “em ordem” visualmente; ou que não estão soando de forma correta;
- OU necessidade de tocar em pessoas ou objetos até obter uma sensação tátil de estar “em ordem” nas mãos ou em outra parte do corpo.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC7a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC8.

- Necessidade exagerada de arrumar objetos e/ou refazer coisas até olhar e ter a sensação de que elas estão “em ordem”.
- OU necessidade de contar coisas.
- OU necessidade de evitar lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de pensamentos de que as coisas não estão balanceadas, na posição correta e/ou simétricas.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC8a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC9. Pensamentos incômodos sobre contaminação, germes, sujeira, excrementos do corpo e/ou produtos tóxicos.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC9a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC10.

- Necessidade de lavar as mãos e/ou o corpo repetidamente.
- OU necessidade de limpar várias vezes utensílios domésticos.
- OU necessidade de evitar lugares ou coisas para prevenir pensamentos repetitivos de que as coisas estão sujas ou contaminadas como, por exemplo, não tocar objetos que foram tocados por outras pessoas ou não usar banheiros públicos.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC10a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC11.

- Pensamentos incômodos de que possa ficar sem alguma coisa.
- OU necessidade de guardar e/ou colecionar coisas, até mesmo as que não terão utilidade, como por exemplo, papéis ou jornais velhos.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC11a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC12.

- Guardar ou colecionar coisas que para outros seriam consideradas como lixo.
- OU necessidade de evitar lugares ou coisas para prevenir o desejo de guardar coisas que não terão utilidade nenhuma.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC12a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC13. Ser uma pessoa supersticiosa e/ou ter números ou cores de sorte ou azar. () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC13a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

IBOPE inteligência		ALAMEDA SANTOS, 2101 SÃO PAULO	INÍCIO: ____/____/____	TÉRMINO: ____/____/____	NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: ____/____/____
JOB 090690		PREVENÇÃO	JULHO DE 2010		
NOME DO ENTREVISTADO:			DDD: _____		
ENDEREÇO:			FONE RES: _____		
e-mail:			FONE COM: _____		
			CELULAR: _____		
			BAIRRO: _____		ZONA: _____
ENTREVISTADOR(A):		CPF: _____	DATA: ____/____/10		
CRÍTICO(A):		CPF: _____	DATA: ____/____/10		
VERIFICADOR(A):		CPF: _____	DATA: ____/____/10		
CONTROLE DE QUALIDADE IBOPE RECRÍTICA:		CPF: _____	DATA: ____/____/10		
CONTROLE DE QUALIDADE IBOPE VERIFICAÇÃO:		CPF: _____	DATA: ____/____/10		
VOLTAS DE PROCESSAMENTO E CODIFICAÇÃO			CÓDIGO DO CODIFICADOR: _____		
VOLTAS DE CAMPO			COMENTÁRIOS DE CAMPO		

1

PREVENTION

Protocolo Domiciliar

COLE A ETIQUETA AQUI

[PARA USO DO ENTREVISTADOR]
ANTES DE SAIR PARA CAMPO CONFIRA:

- (1) CERTIFIQUE-SE DE QUE VOCÊ ESTÁ LEVANDO:
 - a. O PROTOCOLO DENTRO DO SACO PLÁSTICO GRANDE IDENTIFICADO
 - b. A ETIQUETA PARA COLAR NO LOCAL INDICADO ACIMA
 - c. OS 2 FRASCOS DE SALIVA DENTRO DO SACO PLÁSTICO PEQUENO IDENTIFICADO + 6 ETIQUETAS PEQUENAS
 - d. O TCLE AVULSO PARA DEIXAR COM O ENTREVISTADO
 - e. O MATERIAL DE APOIO DO PROTOCOLO DAWBA
- (2) CERTIFIQUE-SE QUE TODAS AS ETIQUETAS POSSUEM O MESMO CÓDIGO IDENTIFICADOR
- (3) CERTIFIQUE-SE DE QUE VOCÊ ESTÁ LEVANDO O SEU MATERIAL DE ESTÍMULO

INSTRUÇÕES GERAIS

1. As INSTRUÇÕES PARA VOCÊ CONDUZIR A ENTREVISTA, SÃO SEMPRE PRECEDIDOS DO CHAMADO **[ENTREVISTADOR]**, COM AS INSTRUÇÕES EM CAIXA ALTA EM ITÁLICO. ESSAS INSTRUÇÕES NÃO DEVEM SER LIDAS AO ENTREVISTADO, SÃO INSTRUÇÕES DE COMO VOCÊ CONDUZIR A ENTREVISTA.
2. As instruções ao entrevistado (explicações sobre as perguntas) são precedidos da instrução **[LEIA]** em itálico. Essas instruções são as que você deve ler ao entrevistado como estão colocadas no questionário. Você não pode mudar a instrução ao entrevistado mas você deve dar entonação à pergunta e usar um linguajar coloquial.
3. Para tornar a entrevista mais pessoal, as perguntas sempre devem incluir o nome habitual da criança quando estiver indicado no texto [nome da criança]. Quando nos referirmos à "a criança" na entrevista, certifique-se que a mãe está falando da criança índice (criança marcada na etiqueta) e não outro de seus filhos.
4. As setas → (pulo na próxima página) e ↓ (continuação abaixo OU pulo abaixo) indicam sempre para qual questão você deve ir ou os pulos do questionário.
5. Quando não houver indicação de pulo, você deve seguir a ordem normal do questionário
6. As questões condicionadas, isto é, aquelas que só serão perguntadas dependendo da resposta anterior, estão marcadas em quadros cinzas pontilhados para facilitar o pulo para a questão seguinte (mediante uma resposta não condicionada).
7. Sempre que houver a opção [LEIA OPÇÕES], leia as opções da questão da maneira como ela estão escritas
8. Sempre que houver a opção [ESPONTÂNEA], anote a resposta que corresponde ao relato do entrevistado
9. **Sempre que houver a instrução de MOSTRAR CARTÃO, procure o cartão no material de apoio para facilitar a resposta do entrevistado. Essas instruções encontram-se grafadas com essa fonte específica.**
10. Sempre que o entrevistado não entender o que for perguntado, repita a pergunta até 3 vezes. Só use uma explicação sua se após 3 vezes de leitura ele não entender o que foi perguntado (não faça interpretações / tente ser o mais imparcial possível acerca do que o entrevistado respondeu)
11. O questionário possui 11 seções, divididas em 5 partes (confira se o seu kit está completo)

ABORDAGEM INICIAL

Seção 1 – IDENTIFICAÇÃO

Seção 2 – CONSENTIMENTO

Seção 3 – REGISTRO DA FAMÍLIA

Seção 4 – COLETA DE SALIVA DOS PAIS OU IRMÃO

ENTREVISTA - PRIMEIRA PARTE – Gestaço, hbitos de vida quando beb

Seção 5 – FATORES DE RISCO

Seção 6 – VIDA EM FAMLIA

ENTREVISTA – SEGUNDA PARTE – Comportamentos e emoes da criana

Seção 7 – DAWBA + folha de apoio do questionrio DAWBA

Seção 8 – CBCL

ENTREVISTA – TERCEIRA PARTE – Problemas, comportamentos e emoes dos pais

Seção 9 – MINI

Seção 10 – DYBOCS

ABORDAGEM FINAL

Seção 11 – CHECAGEM DE MATERIAL

12. **RECOMENDAO GERAL:** Seja sensvel nas perguntas delicadas, isto , aquelas que envolvem respostas difceis de se dar.

SEÇÃO 1 – IDENTIFICAÇÃO

[ENTREVISTADOR]

1. CONFIRA COM O ENTREVISTADO O NOME DA CRIANÇA, O NOME DOS PAIS BIOLÓGICOS, ENDEREÇO E TELEFONES DA ETIQUETA
- SE HOUVER TROCA DE ETIQUETA, COMUNIQUE IMEDIATAMENTE A EQUIPE DO IBOPE PELO TELEFONE O AGENDAMENTO INCORRETO DA ENTREVISTA
 - SE HOUVER QUALQUER INCORREÇÃO DE GRAFIA EM ALGUM DOS ITENS DA ETIQUETA ANOTE ABAIXO A INFORMAÇÃO CORRETA
 - SE HOUVER INFORMAÇÃO FALTANTE NA ETIQUETA, PREENCHA NOS CAMPOS ABAIXO A INFORMAÇÃO FALTANTE

[ENTREVISTADOR] CONFIRA E RE-CONFIRA LETRA POR LETRA.

NOME DEVE ESTAR COMPLETO E EXATAMENTE GRAFADO COMO É ESCRITO. *ESCREVA EM LETRA DE FORMA (MAIÚSCULA), LEGÍVEL, SEM ACENTOS E SEM "Ç", DEIXANDO UM QUADRADO DE ESPAÇO ENTRE NOME, SEGUNDO NOME E SOBRENOMES.*

3

ERRONome1 – Nome da criança

() 88 Sem erro de grafia

ERRONome2 – Nome da mãe biológica

() 99 Mãe desconhecida

() 88 Sem erro de grafia

ERRONome3 – Nome do pai biológico

() 99 Pai biológico desconhecido

() 88 Sem erro de grafia

ERROEnd4 – Endereço onde a CRIANÇA mora

() 88 Sem erro de endereço

SEÇÃO 2 – EXPLICAÇÃO SOBRE O PROJETO E CONSENTIMENTO

[LEIA] Caro(a) Sr(a). Estes termos que vou entregar agora são uma autorização para que esta entrevista seja realizada. Neles estão relatadas todas as fases desse grande projeto de pesquisa.

Algumas dessas fases **apenas algumas pessoas** serão novamente convidadas a participar em outro momento, portanto não se assuste. A sua assinatura apenas representa que você foi informado acerca do assunto.

O projeto **PREVENÇÃO**, do qual o seu filho faz parte, possui três etapas para todos os participantes:

- (1) A **primeira etapa** é a que você já participou lá na matrícula, respondendo acerca de emoções e comportamentos de toda a sua família.
- (2) A **segunda etapa** é essa que estamos realizando hoje. Ela envolve 2 partes
 - a) essa **entrevista**, que iremos iniciar agora sobre o seu filho e sobre você;
 - b) a **coleta de saliva do pai, mãe e da criança**
Essa coleta serve apenas para pesquisa, isto é, **NÃO É UM EXAME** com um resultado. Trata-se de uma avaliação **INOVADORA EM FASE DE TESTE (mas ainda sem nenhum significado prático)** de possíveis genes que estejam relacionados a alguns comportamentos e emoções;
- (3) A terceira etapa ainda será realizada. Trata-se de uma **avaliação de seu filho na escola por uma psicóloga e por uma fonoaudióloga** nas próximas semanas (com coleta de saliva da criança).

Além disso, para apenas uma parcela dos entrevistados, envolve também uma **quarta etapa**

- (4) um **exame de neuroimagem** (Ressonância Magnética), um exame de alto custo, que não envolve radiação e não tem riscos para seu filho. Os selecionados para realização dessa etapa receberão uma ligação telefônica no intuito de convidar para participação.

Outras informações importantes

- Lembramos que toda a avaliação é gratuita e não envolve nenhum custo financeiro para você.
- Em virtude da coleta da saliva durante a entrevista, você e o outro pai/mãe biológico (ou irmão biológico) não podem mais comer, beber refrigerante ou fumar a partir de agora (só é permitido tomar água a partir de agora).
- **Qualquer alteração nas avaliações que indique algum problema, você e seu filho serão comunicados, por meio de carta, e encaminhados para procura de ajuda.**

[ENTREVISTADOR]

- **NÃO É NECESSÁRIO O PREENCHIMENTO DO CABEÇALHO DO TCLE NO MOMENTO DA ENTREVISTA, O MESMO PODERÁ SER PREENCHIDO POSTERIORMENTE COM OS DADOS COLETADOS NA SEÇÃO DE REGISTRO.**
- **PEÇA AO ENTREVISTADO PARA ASSINAR AS 2 VIAS DOS TCLEs (TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO) DENTRO DO PROTOCOLO E VOCÊ MESMO (ENTREVISTADOR) ASSINE AS 2 VIAS DO TCLE COMO TESTEMUNHA DA ASSINATURA**
- **PEÇA AO ENTREVISTADO PARA ASSINAR AS 2 VIAS DE AUTORIZAÇÃO PARA AVALIAÇÃO ESCOLAR, QUE TAMBÉM ESTÃO DENTRO DO PROTOCOLO**
- **DEIXE A CÓPIA AVULSA DO TCLE COM O ENTREVISTADO**

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(OBRIGATÓRIO PARA PESQUISAS CIENTÍFICAS EM SERES HUMANOS -

RESOLUÇÃO Nº 196 - CNS)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº: APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

5

2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº: APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

"Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar: identificação de estado mental de risco (EMR), caracterização de endofenótipos e impacto de intervenções para prevenção".

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: EURÍPEDES CONSTANTINO MIGUEL FILHO.

CARGO/FUNÇÃO: PROFESSOR ASSOCIADO INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 45280

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Psiquiatria

Investigadores executantes:

- Rodrigo Affonseca Bressan
Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP,
Inscrição no Conselho Regional no 72193 (CRM-SP)

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☒ X
RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : A duração total deste projeto é prevista em 3 anos.

PROPOSTA DA PESQUISA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre problemas de saúde mental na infância e adolescência. Essa pesquisa é uma nova fase do Estudo Epidemiológico da Saúde Mental do Escolar Brasileiro do qual você participou anteriormente e tem como objetivo ajudar os médicos e psicólogos a conhecer melhor dois dos problemas de saúde mental que podem afetar crianças e adolescentes. Ao conhecer melhor os fatores de risco para desenvolver a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar esperamos poder, no futuro, planejar estratégias para prevenir seu aparecimento. Essa é a primeira vez que uma pesquisa nesse tema está sendo realizada no Brasil. A partir dos dados da primeira pesquisa foram selecionadas pessoas consideradas em risco para desenvolver estes transtornos e pessoas consideradas fora de risco. A participação de todos é muito importante para o sucesso dessa pesquisa.

Se você der sua autorização para participar da pesquisa, poderá participar de um programa de avaliação médica e neuropsicológica. Você será convidado também a preencher um questionário para responder perguntas sobre os próprios sentimentos e comportamentos no dia-a-dia. Como parte da pesquisa será convidado a fazer coleta de sangue e saliva para estudos genéticos e um exame de ressonância magnética. Você poderá optar por receber ou não receber o resultado dos exames realizados. Deixamos claro que os exames solicitados têm finalidade de pesquisa e não têm significado clínico definido, não sendo possível, a partir de nosso conhecimento atual, definir o diagnóstico de uma doença ou forma de tratamento através desses exames.

Após iniciar a pesquisa você será convidado a participar de um acompanhamento por 3 anos por uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos psiquiatras e psicólogos. Serão realizadas avaliações a cada 6 meses durante esse período. A amostra de sangue será colhida no início do estudo. As amostras de saliva serão colhidas durante todas as visitas durante o primeiro ano da pesquisa. A ressonância magnética será feita 2 vezes, uma no início, a outra no final do estudo.

Alguns participantes do estudo serão selecionados aleatoriamente através de um sorteio para participarem com suas famílias de um programa de educação sobre os transtornos mentais. Esse programa consiste de reuniões semanais por 1 mês, seguidas de reuniões mensais por 6 meses e reuniões bimensais por mais um ano. Nessas reuniões, elementos básicos dos transtornos mentais mais comuns serão discutidos com os participantes, além de um espaço para questões e dúvidas sobre saúde mental.

Em qualquer momento do estudo você poderá solicitar sua retirada do protocolo de pesquisa sem que isso apresente qualquer consequência para o seguimento médico. Para tanto, somente pedimos que seja comunicado o desligamento ao corpo clínico da pesquisa. Se necessário (persistência de dúvida quanto a manutenção ou não do paciente no protocolo) será solicitado parecer da comissão de ética do Hospital das Clínicas.

RISCOS E INCONVENIÊNCIAS

As tarefas a serem realizadas para a conclusão deste projeto possuem alguns riscos e inconveniências para o participante.

- Coleta de amostra de sangue.** Neste procedimento pode ocorrer o aparecimento de manchas arroxeadas no local de onde o sangue foi tirado. Todos os participantes serão previamente orientados com relação a este risco e sobre os cuidados necessários caso ocorra. Além disso, raramente o local de onde foi retirada amostra de sangue pode inflamar e necessitar de cuidados locais (limpeza e pomadas) por alguns dias. Exames de sangue são necessários para dois objetivos: 1. Avaliar a saúde de seu filho através de exames laboratoriais de rotina; 2. Duas das amostras de sangue (volume equivalente a 2 colheres de chá) coletadas serão utilizadas para estudos que avaliarão o envolvimento de alguns genes com o estado mental de risco.
- Coleta de saliva:** Não há riscos físicos envolvidos. Pode gerar angústia ou ansiedade para aqueles que considerem o procedimento desagradável.
- Ressonância Magnética de Crânio:** Durante o exame o único desconforto é um ruído intermitente. No entanto para amenizar o desconforto, serão fornecidos tapa-ouvidos. O exame, entretanto, pode gerar angústia ou ansiedade, pois durante o procedimento exige-se que o participante permaneça imóvel dentro da máquina. Uma das vantagens da RM é o fato de não utilizar radiações ionizantes, ao contrário de outros exames como a tomografia computadorizada. Portanto, não existem efeitos nocivos ao organismo dentro das condições normalmente utilizadas.
- Preenchimento dos questionários:** Lembramos que os participantes podem ficar cansados com o preenchimento dos questionários, já que demora mais ou menos uma hora para responder todas as perguntas. Também podem se sentir ansiosos por responderem perguntas sobre os próprios sentimentos e comportamentos no dia-a-dia, pois os conteúdos envolvem emoções que podem ser desagradáveis. Tentaremos minimizar estes possíveis efeitos utilizando avaliadores treinados e instrumentos curtos.

Caso você se sinta em qualquer momento desconfortável durante algum dos procedimentos listados acima, você poderá pedir para que a avaliação seja interrompida.

Caso ocorra qualquer problema relacionado ao procedimento realizado, o nosso serviço se responsabiliza pelos custos de atendimento relativos aos riscos envolvidos.

BENEFÍCIOS

Não há benefício direto para os indivíduos que participarem deste estudo além de possibilitar a identificação precoce de transtornos mentais. Isso ocorrendo possibilita a instituição mais rápida do tratamento. O potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode aumentar o conhecimento sobre a detecção precoce e possibilidade de prevenção da Esquizofrenia e do Transtorno Afetivo Bipolar.

USO DE MATERIAL

Durante a pesquisa, amostras de sangue serão colhidas para análises genéticas. Essas amostras serão armazenadas e poderão ser utilizadas em pesquisas futuras. Toda nova pesquisa a ser feita com o material será submetida antes a aprovação do Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – CAPPesq e, quando for o caso, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP. Caso deseje, a qualquer momento, não participar mais desta pesquisa, todos os dados genéticos serão retirados da análise.

SIGILO E PRIVACIDADE

As informações produzidas nesta tarefa serão mantidas em lugar seguro, codificadas e a identificação só poderá ser realizada pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-lo.

Em qualquer momento do estudo você poderá obter mais informações com a Dr. Rodrigo Affonseca Bressan, pelo telefone (0XX11) 5573-3599, que está apto a solucionar suas dúvidas. Você poderá solicitar informações de qualquer conhecimento significativo descoberto durante este projeto.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappelq@hcnnet.usp.br

DESPESAS E COMPENSAÇÕES

Não há despesas pessoais, ou seja, não será cobrado nada do participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira ou qualquer tipo de pagamento relacionado à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será custeada pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar: identificação de estado mental de risco (EMR), caracterização de endofenótipos e impacto de intervenções para prevenção”.

Eu discuti com o Dr. **Rodrigo Affonseca Bressan** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente na minha participação e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Desejo receber os resultados das avaliações a que serei submetido bem com ser esclarecido sobre seus significados (os resultados serão enviados por carta para o endereço fornecido): ☐ 1 SIM ☐ 2 Não (marque a opção desejada)

Assinatura do representante legal

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto). Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (OBRIGATÓRIO PARA PESQUISAS CIENTÍFICAS EM SERES HUMANOS -

RESOLUÇÃO Nº 196 - CNS)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

9

2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

"Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar: identificação de estado mental de risco (EMR), caracterização de endofenótipos e impacto de intervenções para prevenção".

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: EURÍPEDES CONSTANTINO MIGUEL FILHO.

CARGO/FUNÇÃO: PROFESSOR ASSOCIADO INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 45280

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Psiquiatria

Investigadores executantes:

- Rodrigo Affonseca Bressan
Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.
Inscrição no Conselho Regional no 72193 (CRM-SP)

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☒ X
RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : A duração total deste projeto é prevista em 3 anos.

PROPOSTA DA PESQUISA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre problemas de saúde mental na infância e adolescência. Essa pesquisa é uma nova fase do Estudo Epidemiológico da Saúde Mental do Escolar Brasileiro do qual você participou anteriormente e tem como objetivo ajudar os médicos e psicólogos a conhecer melhor dois dos problemas de saúde mental que podem afetar crianças e adolescentes. Ao conhecer melhor os fatores de risco para desenvolver a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar esperamos poder, no futuro, planejar estratégias para prevenir seu aparecimento. Essa é a primeira vez que uma pesquisa nesse tema está sendo realizada no Brasil. A partir dos dados da primeira pesquisa foram selecionadas pessoas consideradas em risco para desenvolver estes transtornos e pessoas consideradas fora de risco. A participação de todos é muito importante para o sucesso dessa pesquisa.

Se você der sua autorização para participar da pesquisa, poderá participar de um programa de avaliação médica e neuropsicológica. Você será convidado também a preencher um questionário para responder perguntas sobre os próprios sentimentos e comportamentos no dia-a-dia. Como parte da pesquisa será convidado a fazer coleta de sangue e saliva para estudos genéticos e um exame de ressonância magnética. Você poderá optar por receber ou não receber o resultado dos exames realizados. Deixamos claro que os exames solicitados têm finalidade de pesquisa e não têm significado clínico definido, não sendo possível, a partir de nosso conhecimento atual, definir o diagnóstico de uma doença ou forma de tratamento através desses exames.

Após iniciar a pesquisa você será convidado a participar de um acompanhamento por 3 anos por uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos psiquiatras e psicólogos. Serão realizadas avaliações a cada 6 meses durante esse período. A amostra de sangue será colhida no início do estudo. As amostras de saliva serão colhidas durante todas as visitas durante o primeiro ano da pesquisa. A ressonância magnética será feita 2 vezes, uma no início, a outra no final do estudo.

Alguns participantes do estudo serão selecionados aleatoriamente através de um sorteio para participarem com suas famílias de um programa de educação sobre os transtornos mentais. Esse programa consiste de reuniões semanais por 1 mês, seguidas de reuniões mensais por 6 meses e reuniões bimensais por mais um ano. Nessas reuniões, elementos básicos dos transtornos mentais mais comuns serão discutidos com os participantes, além de um espaço para questões e dúvidas sobre saúde mental.

Em qualquer momento do estudo você poderá solicitar sua retirada do protocolo de pesquisa sem que isso apresente qualquer consequência para o seguimento médico. Para tanto, somente pedimos que seja comunicado o desligamento ao corpo clínico da pesquisa. Se necessário (persistência de dúvida quanto a manutenção ou não do paciente no protocolo) será solicitado parecer da comissão de ética do Hospital das Clínicas.

RISCOS E INCONVENIÊNCIAS

As tarefas a serem realizadas para a conclusão deste projeto possuem alguns riscos e inconveniências para o participante.

- Coleta de amostra de sangue.** Neste procedimento pode ocorrer o aparecimento de manchas arroxeadas no local de onde o sangue foi tirado. Todos os participantes serão previamente orientados com relação a este risco e sobre os cuidados necessários caso ocorra. Além disso, raramente o local de onde foi retirada amostra de sangue pode inflamar e necessitar de cuidados locais (limpeza e pomadas) por alguns dias. Exames de sangue são necessários para dois objetivos :1. Avaliar a saúde de seu filho através de exames laboratoriais de rotina; 2. Duas das amostras de sangue (volume equivalente a 2 colheres de chá) coletadas serão utilizadas para estudos que avaliarão o envolvimento de alguns genes com o estado mental de risco.
- Coleta de saliva:** Não há riscos físicos envolvidos. Pode gerar angústia ou ansiedade para aqueles que considerem o procedimento desagradável.
- Ressonância Magnética de Crânio:** Durante o exame o único desconforto é um ruído intermitente. No entanto para amenizar o desconforto, serão fornecidos tapa-ouvidos. O exame, entretanto, pode gerar angústia ou ansiedade, pois durante o procedimento exige-se que o participante permaneça imóvel dentro da máquina. Uma das vantagens da RM é o fato de não utilizar radiações ionizantes, ao contrário de outros exames como a tomografia computadorizada. Portanto, não existem efeitos nocivos ao organismo dentro das condições normalmente utilizadas.
- Preenchimento dos questionários:** Lembramos que os participantes podem ficar cansados com o preenchimento dos questionários, já que demora mais ou menos uma hora para responder todas as perguntas. Também podem se sentir ansiosos por responderem perguntas sobre os próprios sentimentos e comportamentos no dia-a-dia, pois os conteúdos envolvem emoções que podem ser desagradáveis. Tentaremos minimizar estes possíveis efeitos utilizando avaliadores treinados e instrumentos curtos.
Caso você se sinta em qualquer momento desconfortável durante algum dos procedimentos listados acima, você poderá pedir para que a avaliação seja interrompida.

Caso ocorra qualquer problema relacionado ao procedimento realizado, o nosso serviço se responsabiliza pelos custos de atendimento relativos aos riscos envolvidos.

BENEFÍCIOS

Não há benefício direto para os indivíduos que participarem deste estudo além de possibilitar a identificação precoce de transtornos mentais. Isso ocorrendo possibilita a instituição mais rápida do tratamento. O potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode aumentar o conhecimento sobre a detecção precoce e possibilidade de prevenção da Esquizofrenia e do Transtorno Afetivo Bipolar.

USO DE MATERIAL

Durante a pesquisa, amostras de sangue serão colhidas para análises genéticas. Essas amostras serão armazenadas e poderão ser utilizadas em pesquisas futuras. Toda nova pesquisa a ser feita com o material será submetida antes a aprovação do Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – CAPPesq e, quando for o caso, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CONEP. Caso deseje, a qualquer momento, não participar mais desta pesquisa, todos os dados genéticos serão retirados da análise.

SIGILO E PRIVACIDADE

As informações produzidas nesta tarefa serão mantidas em lugar seguro, codificadas e a identificação só poderá ser realizada pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-lo.

Em qualquer momento do estudo você poderá obter mais informações com a Dr. Rodrigo Affonseca Bressan, pelo telefone (0XX11) 5573-3599, que está apto a solucionar suas dúvidas. Você poderá solicitar informações de qualquer conhecimento significativo descoberto durante este projeto.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappelq@hcnet.usp.br

DESPESAS E COMPENSAÇÕES

Não há despesas pessoais, ou seja, não será cobrado nada do participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira ou qualquer tipo de pagamento relacionado à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será custeada pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: "Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar: identificação de estado mental de risco (EMR), caracterização de endofenótipos e impacto de intervenções para prevenção".

Eu discuti com o Dr. **Rodrigo Affonseca Bressan** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concorde voluntariamente na minha participação e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Desejo receber os resultados das avaliações a que serei submetido bem com ser esclarecido sobre seus significados (os resultados serão enviados por carta para o endereço fornecido): () 1 Sim () 2 Não (marque a opção desejada)

Assinatura do representante legal

Data ____/____/____

.....

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto). Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

.....

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

AUTORIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO ESCOLAR

Eu, _____
pai/mãe de _____,

13

autorizo que meu filho(a) seja liberado(a) das atividades escolares no período que compre a avaliação neuropsicológica e fonoaudiológica (cada uma com cerca de 1h 30 min de duração), a ser realizada pela equipe do projeto PREVENÇÃO do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD).

Atenciosamente,

Assinatura do(a) responsável

Data: ____ / ____ / 2010

AUTORIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO ESCOLAR

Eu, _____,
pai/mãe de _____,

15

autorizo que meu filho(a) seja liberado(a) das atividades escolares no período que compre a avaliação neuropsicológica e fonoaudiológica (cada uma com cerca de 1h 30 min de duração), a ser realizada pela equipe do projeto PREVENÇÃO do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD).

Atenciosamente,

Assinatura do(a) responsável

Data: ____ / ____ / 2010

SEÇÃO 3 – REGISTRO DA FAMÍLIA

[LEIA] Por favor, você pode pegar sua agenda ou seu caderno de telefones? Vamos precisar de algumas informações de conhecidos seus para poder entrar em contato com você caso não consigamos contato com você no futuro. Por essa razão é importante que você o tenha em mãos.

[LEIA] [nome da criança] possui algum "cartão da criança" ou "nota de alta do hospital" que contenha os dados relacionados ao nascimento (do tipo, peso, altura, etc.?). Se sim, o/a Sr(a) poderia trazer também, pois iremos precisar dele daqui a pouco para saber acerca de dados da gestação de [nome da criança]. Obrigado(a)!

[LEIA] Agora iremos fazer o seu cadastro no projeto. preste atenção, esta parte é muito importante. forneça os dados o mais atualizados possível.

REG1. ANOTE A DATA DA ENTREVISTA: ____ / ____ / ____.

REG2. ANOTE A HORA EXATA DE INÍCIO: ____ : ____

REG3. O(s) RESPONDENTE DA ENTREVISTA DOMICILIAR É(SÃO) :

- () 1 Mãe biológica (de sangue) de [nome da criança];
- () 2 Pai biológico (de sangue) de [nome da criança];
- () 3 Mãe biológica e pai biológico de [nome da criança];
- () 99 Nem a mãe nem o pai biológico de [nome da criança] estão presentes →ENCERRE E REMARQUE em REG3a

REG3a. Se nem a mãe nem pai biológico estiverem presentes (cód 99), entrevista remarcada para ____ / ____ / ____

ENCERRE A ENTREVISTA E COMUNIQUE O SEU SUPERVISOR PARA CHECAGEM DE ERRO DE SELEÇÃO

REG4. Qual dos dois pais biológicos (pai ou mãe) é o familiar que passa mais tempo com a criança nos últimos tempos?

- () 1 Mãe biológica (de sangue) de [nome da criança];
- () 2 Pai biológico (de sangue) de [nome da criança];

[ENTREVISTADOR] OS DOIS PAIS PODEM PARTICIPAR DA ENTREVISTA, SE DESEJAREM. SE HOUVER INFORMAÇÃO DISCORDANTE, PREVALECE A INFORMAÇÃO DO CUIDADOR QUE PASSA MAIS TEMPO COM A CRIANÇA NOS ÚLTIMOS DIAS CONFORME REG4.

SEÇÃO 3.1. REGISTRO DA CRIANÇA

REG5. Código da escola em que a criança estudava na avaliação de triagem (veja na lista abaixo) _____;

() 99 ERRO DE REGISTRO / ESCOLA EM QUE A CRIANÇA ESTUDAVA NÃO ESTÁ NA LISTA → COMUNICAR SUPERVISOR

Código Escolas Porto Alegre		
01	EEEF Custódio de Mello	12 Col. Est. Francisco A Viera Caldas Jr
02	EEEM José do Patrocínio	13 Col Est. Eng. Ildo Meneghetti
03	EEEB Almirante Bascalar	14 Col. Est. Japão
04	EEEF Eva Carminatti	15 EEE Cel Aparício Borges
05	Almirante Alvaro A.Motta e Silva	16 Col Est. Odila Gay da Fonseca
06	Escola Brigadeiro Francisco Lima e Silva	17 EEEF Antônio de Faria
07	EEEM Mariz e Barros	18 EEEM Itália
08	Dom Pedro I	19 C. Est. De E Med Raul Pilla
09	EEB Dolores Alcarez Caldas	20 IE Dom Diogo de Souza
10	EEEF Julio Brunelli	21 EEEB Mons. Leopoldo Hoff
11	EEEF Prof. Edgar Luiz Schneider	22 Escola Dr. José Loureiro da Silva

Código Escolas São Paulo		
23	Adelina Issa Ashcar	41 Nossa Senhora Aparecida
24	Alcides Gonçalves	42 Oswaldo Walder
25	Prof. André Dreyfuss	43 Pandá Calógeras
26	Anita Atala	44 Prof Pedro Voss
27	Antonio Castellar de Franceschi	45 Raul Humaitá
28	Arthur Sabóia	46 República do Paraguay
29	Astrogildo Silva	47 Roberto Mange
30	Brasil Japão	48 Rodrigues Alves
31	Caetano de Campos	49 Presidente Roosevelt
32	Prof Calisto de Souza Aranha	50 Deputado Rubens do Amaral
33	Prof Carolina Augusta da Costa Galvão,	51 Samuel Kabin
34	Daisy Fujiwara	52 Silvio Braga
35	Marechal Floriano	53 Solano Trindade
36	Henrique de Souza Filho – Herfíl	54 Tarsila do Amaral
37	Jacques Mainat	55 Terezinha Medeiros
38	Prof. Julia Colação França	56 Valentim Gentil
39	Melvin Jones	57 Visconde de Itaboraí
40	Prof Midre Alves Biaggi	

18

REG6. A criança continua na mesma escola?

() 1 Sim

() 0 Não → ERRO DE SELEÇÃO → COMUNICAR SUPERVISOR

() 99 NÃO SABE

REG7. Ano que a criança está cursando em (2010) ?

() 1 - 1º. ano (pré-escola)

() 2 - 2º. Ano (1ª. série)

() 3 - 3º. Ano (2ª. série)

() 4 - 4º. Ano (3ª. série)

() 5 - 5º. Ano (4ª. série)

() 6 - 6º. Ano (5ª. série)

() 7 - 7º. Ano (6ª. série)

() 8 - 8º. Ano (7ª. série)

() 9 - 9º. Ano (8ª. série)

() 99 NÃO SABE

REG8. Turma/Sala _____ (NOME / NÚMERO DA TURMA SEGUNDO A ESCOLA); () 99 NÃO SABE

REG9. Data de nascimento da criança: ____/____/____ (dd/mm/aaaa); () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] ANOTAR CONFORME DECLARAÇÃO DO RESPONDENTE [LEIA OPÇÕES]

REG10. Cor da pele: () 1 Branca; () 2 Negra; () 3 Entre branca e negra (Parda); () 4 Indígena; () 5 Asiática; () 99 NÃO SABE

REG11. Telefone da residência em que a criança mora: (____) _____ - _____;

() 88 Não possui; () 99 NÃO SABE.

REG12. Telefone celular da criança, se possuir: (____) _____ - _____;

() 88 Não possui; () 99 NÃO SABE

REG13. CEP da residência em que a criança mora: _____; () 99 NÃO SABE

REG14. Na casa onde [nome da criança] mora, alguém recebe alguma ajuda do governo que tenha remuneração em dinheiro?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

REG14a. Se sim, qual tipo? () 1 Bolsa família; () 2 Bolsa escola; () 3 Ambos; () 4 Outros; () 99 NÃO SABE

REG14b. Se sim, qual o valor mensal do benefício? R\$ _____ reais; () 99 NÃO SABE

REG15. Em comparação com a época do nascimento de [nome da criança] até agora, a família dela em geral:

- () 1 **Piorou muito** as condições financeiras;
() 2 **Piorou um pouco** as condições financeiras
() 3 **Manteve** as mesmas condições do nascimento;
() 4 **Melhorou um pouco** as condições financeiras;
() 5 **Melhorou muito** as condições financeiras

REG16. A criança freqüenta cultos ou missas de alguma religião?

- () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

REG16a. Se sim, qual religião é a predominante?

- () 1 Católica; () 2 Evangélica; () 3 Espírita; () 4 Protestante; () 5 Umbanda; () 6 Outra; () 99 NÃO SABE

SECÇÃO 3.2. REGISTRO DA MÃE BIOLÓGICA

[ENTREVISTADOR] SE A MÃE BIOLÓGICA ESTIVER RESPONDENDO ADAPTE A FRASE PARA O USO DE "VOCÊ" NO LUGAR DE "MÃE BIOLÓGICA".

REG17. Data de nascimento da mãe biológica: ____/____/____ (dd/mm/aaaa); () 99 NÃO SABE

REG18. Qual o CPF da mãe biológica? _____ - _____
() 99 NÃO SABE () 88 RECUSA

REG 19. Qual o RG da mãe biológica? _____
() 99 NÃO SABE () 88 RECUSA

[ENTREVISTADOR] ANOTAR CONFORME DECLARAÇÃO – [LEIA OPÇÕES]

REG20. Cor da pele da mãe biológica:
() 1 Branca; () 2 Negra; () 3 Entre branca e negra (Parda); () 4 Indígena; () 5 Asiática; () 99 NÃO SABE;

REG21. A mãe biológica da criança é:
() 1 Desconhecida (não se sabe quem é a mãe) → PULE PARA REG23a
() 2 Falecida ↓ REG21a
() 3 Conhecida ↓ REG21b

REG21a. Se falecida, que idade a criança tinha quando ela faleceu?
____ anos ____ meses; ↓ REG21b [SE NÃO SOUBER A QUANTIDADE DE MESES, MARCAR 0]
() 88 durante o parto → PULE PARA REG23a
() 99 NÃO SABE ↓ REG21b

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C1

REG21b. SE MÃE BIOLÓGICA CONHECIDA OU FALECIDA (REG21 CÓD 2 OU 3), PREENCHA A TABELA ABAIXO

[ENTREVISTADOR] A opção "NA – NÃO SE APLICA (99)" DEVE SER ASSINALADA NO CASO DE A CRIANÇA TER MENOS IDADE DO QUE A ESPECIFICADA OU NO CASO DA MÃE TER FALECIDO EM PERÍODO ANTERIOR AO ESPECIFICADO.

[ENTREVISTADOR] SE MÃE MORAVA/MANTINHA CONTATO EM QUALQUER UM DOS MESES/ANOS DENTRO DO PERÍODO MARCAR "SIM" NAS IDADES LÍMITES, CARACTERIZAR EXATAMENTE QUANDO OCORREU E SEGUIR REGRA ACIMA.

	no 1º mês?	do 2-6 meses?	do 7- 11 meses?	1-3 anos (infância precoce)	4-6 anos (pré-escolar)	7-9 anos (escolar)	10-13 (pré- adolescente)
A mãe biológica morava com a criança...	REG21b1 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21b2 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21b3 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21b4 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21b5 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21b6 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21b7 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA
	SE "Não"	SE "Não"	SE "Não"	SE "Não"	SE "Não"	SE "Não"	SE "Não"
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
[SE NÃO MORAVA EM ALGUM DOS PERÍODOS] A mãe biológica mantinha contato...	REG21c1 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21c2 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21c3 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21c4 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21c5 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21c6 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG21c7 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA

REG22. Como [nome da criança] e mãe biológica se dão OU se davam quando estão/estavam juntos(as)? NÃO considere aqui a quantidade, mas sim a qualidade do tempo que eles(vocês) passam/passavam juntos, mesmo que seja/fosse pouco ou tenha ocorrido por pouco tempo.

() 1 Muito bem; () 2 Bem; () 3 Mais ou menos; () 4 Mal; () Muito mal;
() 99 NÃO SABE; () 88 NA (mãe faleceu ou abandonou a criança muito cedo – não é possível afirmar)

REG23. NO MOMENTO, mãe biológica está [LEIA OPÇÕES]:

() 1 em contato com a criança ↓ PULE PARA REG24
() 2 sem contato ↓ CONTINUE EM REG23a
() 3 falecida ↓ CONTINUE EM REG23a

[ENTREVISTADOR] SE MÃE SEM CONTATO, FALECIDA OU DESCONHECIDA

REG23a. Mesmo sem ter contato com a mãe biológica, houve alguma "figura materna", isto é, uma MULHER que cuidou da criança como uma mãe cuidaria?

() 1 Sim, durante toda a vida dela até agora; () 2 Sim, por algum tempo apenas; () 0 Não;

REG23a1. Se sim, quem era a principal figura materna [LEIA OPÇÕES]?

() 1 mãe adotiva; () 2 avó; () 3 tia; () 4 prima; () 5 amiga (sem parentesco);
() 6 companheira do pai biológico/madrasta; () 7 outra: _____

→ Pule para REG32

REG24. Endereço: () 1 O mesmo da criança; () 2 Outro;

REG24a. Se outro, especifique: _____ () 99 NÃO SABE

REG25. Telefone residencial: () 1 O mesmo da criança; () 2 Outro; () 77 NÃO POSSUI

REG25a. Se outro, especifique: () _____ - _____; () 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG26. Telefone comercial: () _____ - _____; () 99 NÃO SABE () 88 RECUSA () 77 NA

REG27. Telefone celular: () _____ - _____; () 99 NÃO SABE () 88 RECUSA () 77 NÃO POSSUI

REG28. CEP: () 1 O mesmo da criança; () 2 Outro;

REG28a. Se outro, especifique: _____; () 99 NÃO SABE () 88 RECUSA

21

REG29. Qual o grau de instrução da mãe biológica [LEIA OPÇÕES]?

- () 1 sem estudo (analfabeta)
- () 2 ensino fundamental (primário) incompleto
- () 3 ensino fundamental (primário) completo
- () 4 ensino médio (ginasial) incompleto
- () 5 ensino médio (ginasial) completo
- () 6 ensino superior incompleto
- () 7 ensino superior completo
- () 8 ensino superior completo com pós-graduação (mestrado/doutorado/especialização)
- () 99 NÃO SABE

REG30. Qual a ocupação da mãe biológica [LEIA OPÇÕES]?

- () 1 Emprego fixo
- () 2 Emprego temporário
- () 3 Desempregada
- () 4 Autônoma
- () 5 Estudante
- () 6 Do lar
- () 7 Auxílio-doença / Afastada (Encostada (TERMO POA) / na caixa (TERMO SP)
- () 8 Aposentada
- () 9 Presa em regime fechado
- () 99 NÃO SABE → PULE PARA REG31

REG30a. Possui renda mensal? De quanto ela é em reais (R\$)? _____ reais () 99 NÃO SABE () 88 Não possui renda

REG31. A mãe biológica de [nome da criança] está no momento [LEIA OPÇÕES] ?

- () 1 Casada ou morando junto com o pai biológico de [nome da criança]
- () 2 Casada ou morando junto com outro companheiro
- () 3 Solteira
- () 4 Separada / Divorciada
- () 5 Viúva
- () 99 NÃO SABE

REG31a. Se mãe e pai biológicos estão separados/divorciados (cód 2, 3, 4), a separação foi [LEIA OPÇÕES]:

- () 1 Amigável, sem conflitos entre os pais
- () 2 Amigável, mas com poucos conflitos entre os pais
- () 3 Conflituosa, com uma série de conflitos entre os pais, mas que não eram presenciados pela criança (na maioria das vezes)
- () 4 Muito conflituosa, com grande estresse associado pelos conflitos entre os pais que eram presenciados pela criança na maioria das vezes

SECÇÃO 3.3. REGISTRO DO PAI BIOLÓGICO

[ENTREVISTADOR] SE O PAI BIOLÓGICO ESTIVER RESPONDENDO ADAPTE A FRASE PARA O USO DE "VOCÊ" AO INVÉS DE "PAI BIOLÓGICO".

REG32. Data de nascimento do pai biológico: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa); () 99 NÃO SABE

REG33. Qual o CPF do pai biológico? _____ - ____;
() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG34. Qual o RG do pai biológico? _____
() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

[ENTREVISTADOR] ANOTAR CONFORME DECLARAÇÃO (LEIA OPÇÕES)

REG35. Cor da pele do pai biológico:
() 1 Branca; () 2 Negra; () 3 Entre branca e negra (Parda); () 4 Indígena; () 5 Asiática; () 99 NÃO SABE

REG36. O pai biológico da criança é:
() 1 Desconhecido (não se sabe quem é a mãe) → PULE PARA REG38a
() 2 Conhecido ↓ REG36b
() 3 Falecido ↓ REG36a

REG36a. Se falecido, que idade a criança tinha quando ele faleceu?

____ anos ____ meses; ↓ REG36b
() 77 durante a gestação → PULE PARA REG38a
() 88 durante o parto → PULE PARA REG38a
() 99 NÃO SABE ↓ REG36b

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C1

REG36b. SE PAI BIOLÓGICO CONHECIDO OU FALECIDO (REG36 CÓD 2 OU 3), PREENCHA A TABELA ABAIXO

[ENTREVISTADOR] A opção "NA – NÃO SE APLICA (99)" DEVE SER ASSINALADA NO CASO DE A CRIANÇA TER MENOS IDADE DO QUE A ESPECIFICADA OU NO CASO DO PAI TER FALECIDO EM PERÍODO ANTERIOR AO ESPECIFICADO.

[ENTREVISTADOR] SE PAI MORAVA/MANTINHA CONTATO EM QUALQUER UM DOS MESES/ANOS DENTRO DO PERÍODO MARCAR "SIM" NAS IDADES LIMITES, CARACTERIZAR EXATAMENTE QUANDO OCORREU E SEGUIR REGRA ACIMA.

	no 1º mês?	do 2-6 meses?	do 7- 11 meses?	1-3 anos (infância precoce)	4-6 anos (pré-escolar)	7-9 anos (escolar)	10-13 (pré- adolescente)
O pai biológico <i>morava</i> com a criança...	REG36b1 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36b2 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36b3 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36b4 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36b5 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36b6 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36b7 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA
	SE "Não"	SE "Não"	SE "Não"	SE "Não"	SE "Não"	SE "Não"	SE "Não"
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
[SE NÃO MORAVA EM ALGUM DOS PERÍODOS] O pai biológico <i>mantinha</i> contato...	REG36c1 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36c2 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36c3 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36c4 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36c5 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36c6 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA	REG36c7 () 1 Sim () 0 Não () 99 NA

REG37. Como [nome da criança] e o pai biológico se dão OU se davam quando estão/estavam juntos? NÃO considere aqui a quantidade, mas sim a qualidade do tempo que eles (vocês) passam/passavam juntos, mesmo que fosse pouco ou tenha ocorrido por pouco tempo.

() 1 Muito bem; () 2 Bem; () 3 Mais ou menos; () 4 Mal; () Muito mal;
() 99 NÃO SABE; () 88 NA (pai faleceu ou abandonou a criança muito cedo – não é possível afirmar)

REG38. NO MOMENTO, pai biológico [LEIA OPÇÕES]:

- () 1 em contato com a criança ↓ PULE PARA REG39
 () 2 sem contato; ↓ CONTINUE EM REG38a
 () 3 falecido ↓ CONTINUE EM REG38a

[ENTREVISTADOR] SE PAI SEM CONTATO, FALECIDO OU DESCONHECIDO :

REG38a. Mesmo sem ter contato com o pai biológico, houve alguma "figura paterna", isto é, um HOMEM que cuidou da criança como um pai cuidaria?

- () 1 Sim, durante toda a vida dela até agora; () 2 Sim, por algum tempo apenas () 0 Não;

REG38a1. Se sim, quem era a principal figura paterna? [LEIA OPÇÕES]

- () 1 pai adotivo; () 2 avô; () 3 tio; () 4 primo; () 5 amigo(sem parentesco);
 () 6 companheiro da mãe biológica/padrasto; () 7 outro: _____

→ Pule para REG49

23

REG39. Endereço: () 1 O mesmo da criança ↓ PULE PARA REG40

- () 2 Outro ↓ CONTINUE EM REG39a

REG39a. Se outro, especifique:

- () 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG39b. Como o pai biológico não mora com a criança, ele paga pensão alimentícia [LEIA OPÇÕES]?

- () 0 Nunca pagou ou pagou apenas poucas vezes
 () 1 Paga apenas às vezes ou apenas uma parte do valor acordado;
 () 2 Sim, sempre pagou todo o valor da pensão
 () 99 NÃO SABE

REG40. Telefone residencial: () 1 O mesmo da criança; () 2 Outro

REG40a. Se outro, especifique: () _____ - _____; () 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG41. Telefone comercial: () _____ - _____; () 99 NÃO SABE () 88 RECUSA () 77 NA**REG42. Telefone celular: () _____ - _____; () 99 NÃO SABE () 88 RECUSA; () 77 NÃO POSSUI****REG43. CEP: () 1 O mesmo da criança; () 2 Outro**

REG43a. Se outro, especifique: _____; () 99 NÃO SABE () 88 RECUSA

REG44. Grau de instrução do pai [LEIA OPÇÕES]:

- () 1 sem estudo (analfabeto);
 () 2 ensino fundamental (primário) incompleto;
 () 3 ensino fundamental (primário) completo;
 () 4 ensino médio (ginasial) incompleto;
 () 5 ensino médio (ginasial) completo;
 () 6 ensino superior incompleto;
 () 7 ensino superior completo;
 () 8 ensino superior completo com pós-graduação (mestrado/doutorado/especialização)
 () 99 NÃO SABE

REG45. Qual a ocupação do pai biológico [LEIA OPÇÕES]?

- () 1 Empregado;
 () 2 Emprego temporário;
 () 3 Desempregado;
 () 4 Autônomo;
 () 5 Estudante
 () 6 Do lar;
 () 7 Auxílio-doença (Encostado [TERMO POA] na caixa ou afastado pela caixa [TERMO SP]);
 () 8 Aposentado;
 () 9 Preso em regime fechado;
 () 99 NÃO SABE → PULE PARA REG46

REG45a. Possui renda mensal? De quanto ela é em reais (R\$)? _____ reais; () 99 NÃO SABE () 88 Não possui renda

REG46. Alguma outra pessoa, que não pai e mãe biológica, contribui regularmente para a renda mensal da família da criança?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

REG46a. Se sim, com quantos reais por mês (em média)? _____ reais; () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] SE MAIS DE UMA PESSOA CONTRIBUI, FAÇA A SOMA DO VALOR DE TODOS QUE CONTRIBUEM

REG47. O pai biológico de [nome da criança] no momento está [LEIA OPÇÕES]:

- () 1 Casado ou morando junto com a mãe biológica de [nome da criança];
 () 2 Casado ou morando junto com outra companheira;
 () 3 Solteiro;
 () 4 Separado / Divorciado;
 () 5 Viúvo

24

[LEIA] Agora eu gostaria de pedir para o sr(a) para abrir a caderneta de telefones ou a sua agenda de celular alguns contatos adicionais para não perdermos o contato, tudo bem? Por favor, diga o nome e telefone de 5 pessoas conhecidas que sempre achariam você, mesmo que você se mudasse:

[ENTREVISTADOR]
PARA PROSSEGUIR MÍNIMO DE TELEFONES ANOTADOS DE
CONTATOS É DE “3”

REG48. Primeiro nome: () 88 Recusa;	REG48a. Telefone: () () 88 Recusa	REG48b. Parentesco
REG49. Primeiro nome: () 88 Recusa	REG49a. Telefone: () () 88 Recusa	REG49b. Parentesco
REG50. Primeiro nome: () 88 Recusa	REG50a. Telefone: () () 88 Recusa	REG50b. Parentesco
REG51. Primeiro nome: () 88 Recusa	REG51a. Telefone: () () 88 Recusa	REG51b. Parentesco
REG52. Primeiro nome: () 88 Recusa	REG52a. Telefone: () () 88 Recusa	REG52b. Parentesco

REG53. Você está com planos de se mudar no próximo ano? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

R53a. Se sim, qual o novo endereço? _____ () 99 NÃO SABE

R53b. Se sim, já sabe seu novo número de telefone? () _____ : () 99 NÃO SABE

Seção 4 – Coleta de saliva

[LEIA] Por favor, antes de coletarmos a saliva, eu gostaria que você fizesse um bochecho com água durante 1 minuto.

[ENTREVISTADOR] AVISE AO ENTREVISTADO QUE NÃO É NECESSÁRIO O USO DE ENXAGUANTE BUCAL/ANTI-SÉPTICO BUCAL / COLUTÓRIO, NEM USO DE FIO DENTAL OU PASTA DENTAL. BASTA UM BOCHECHO COM ÁGUA.

[LEIA] Agora, encha esse potinho com a sua saliva até a marca indicada. Lembro, essa saliva tem fins apenas de pesquisa. Ela serve para identificar se o código genético pode estar relacionado a um ou outro comportamento ou emoção. É uma avaliação de pesquisa apenas, sem resultado que seja útil do ponto de vista clínico. Se você tiver dificuldade em produzir a saliva, massageie as bochechas ou coloque um pouco de açúcar refinado em baixo da língua.

[ENTREVISTADOR]

1. COLE A ETIQUETA QUE CORRESPONDE AO RESPONDENTE NO FRASCO DE SALIVA.
 - COLE 1 ETIQUETA NA LATERAL DO KIT-SALIVA → CERTIFIQUE-SE DE QUE A ETIQUETA NÃO IRÁ CAIR
 - COLE 1 ETIQUETA NA BASE DO KIT-SALIVA → CERTIFIQUE-SE DE QUE A ETIQUETA NÃO IRÁ CAIR
 - CONFIRA SE O NÚMERO DA ETIQUETA DO SACO PLÁSTICO CORRESPONDE AO NÚMERO DA ETIQUETA DO KIT.
 - SE NÃO CORRESPONDER → **COMUNIQUE O SUPERVISOR**
2. PEÇA PARA O ENTREVISTADO CUSPIR ATÉ O LOCAL INDICADO PELA SETA VERMELHA NA FIGURA ABAIXO (CONTAR APENAS A PARTE LÍQUIDA DA SALIVA / BOLHAS E ESPUMA NÃO CONTAM PARA ATINGIR A MARCA).
 - SE TIVER MUITA ESPUMA OU BOLHAS, AGUARDE 5 MINUTOS E PEÇA NOVAMENTE PARA O ENTREVISTADO CONTINUAR COLETANDO ATÉ A MARCA INDICADA (A COLETA TOTAL NÃO PODE ULTRAPASSAR 30 MINUTOS).
3. APÓS COLETADA A QUANTIDADE CORRETA, FECHAR O KIT-SALIVA. VOCÊ TEM QUE OUVIR UM “CLIQUE” DO PLÁSTICO COM O REAGENTE SE ROMPENDO. A TAMPA TEM QUE ESTAR BEM FECHADA. VEJA NA FIGURA ABAIXO A MANEIRA CORRETA E INCORRETA.
4. APÓS BEM FECHADA, MISTURAR A SALIVA POR PELO MENOS 10 SEGUNDOS, VIRANDO O FRASCO DE CABEÇA PARA BAIXO E PARA CIMA POR CERCA DE 10 VEZES.

[ENTREVISTADOR] SE A MÃE OU O PAI ESTIVEREM COM GRIPE OU RESFRIADOS, ELES PODEM COLETAR A SALIVA. NO ENTANTO, LEMBRE-SE DE PEDIR AO ENTREVISTADO PARA NÃO ESCARRAR (CATARRO). PEÇA PARA ELE COLETAR A SALIVA, COMO AS PESSOAS NÃO DOENTES.

[ENTREVISTADOR] SE A MÃE OU O PAI NÃO QUISEREM COLETAR NA SUA FRENTE, POR TEREM VERGONHA, PERMITA A IDA ATÉ O BANHEIRO PARA COLETAR A SALIVA. A COLETA DE SALIVA É A PARTE MAIS IMPORTANTE DESTA PROJETO. DÊ SEU MELHOR PARA QUE ESSA SALIVA SEJA COLETADA DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL.

- SE A COLETA FOI REALIZADA NO BANHEIRO, CERTIFIQUE-SE DE QUE VOCÊ VEJA BOLHAS DE SALIVA PARA TER CERTEZA DE QUE, DE FATO, O ENTREVISTADO CUSPIU DENTRO DO FRASCO (E NÃO ENCHEU O FRASCO COM ÁGUA DA TORNEIRA POR EXEMPLO)
 - SE VOCÊ NÃO NOTAR BOLHAS, PEÇA PARA O ENTREVISTADO REALIZAR A RE-COLETA.

[ENTREVISTADOR] SE A MÃE OU O PAI NÃO ESTIVEREM DISPONÍVEIS PARA COLETA (FALECIDOS, SEM CONTATO OU RECUSARAM A COLETA), APENAS NESTA SITUAÇÃO, VC DEVE AGENDAR A COLETA DE UM IRMÃO DISPONÍVEL. SE TIVERMOS MAIS DE 1 IRMÃO DISPONÍVEL, COLETE DO MAIS VELHO.

RETORNO DE CAMPO

[ENTREVISTADOR] CASO VOCÊ ESTEJA RETORNANDO A CASA PARA COLETA DE SALIVA QUE NÃO FOI COLETADA NA ABORDAGEM INICIAL. SIGA AS INSTRUÇÕES A SEGUIR:

- 1) PEÇA AO SUJEITO PARA FAZER 2 BOCHECHOS COM ÁGUA DURANTE 1 MINUTO CADA UM (COM INTERVALO DE 1 MINUTO ENTRE ELES)
- 2) AGUARDE 5 MINUTOS ANTES DE COLETAR A SALIVA (MARQUE NO SEU RELÓGIO)
- 3) SIGA OS MESMOS PROCEDIMENTOS ACIMA

[Referência cruzada]

GEN1. ANOTAR NÚMERO IDENTIFICADOR DO KIT-SALIVA DA MÃE**SE COLETADO, ANOTE O NÚMERO DO LOTE ABAIXO:**

Lot ____ - ____ NÚMERO ____ ↓ PULE PARA GEN2

- () 88 RECUSOU A COLETA NA ABORDAGEM INICIAL ↓ PULE PARA GEN2
 () 55 MORA EM OUTRA CIDADE FORA DO PERÍMETRO DE RECUPERAÇÃO ↓ PULE PARA GEN2
 () 44 PRESA EM REGIME FECHADO ↓ PULE PARA GEN2
 () 99 NÃO SE APLICA (falecida, s /contato, desconhecida) ↓ PULE PARA GEN2
 () 77 COLETA AGENDADA PARA OUTRA DATA ↓ CONTINUE EM GEN1A

[ENTREVISTADOR] SE COLETA AGENDADA PARA OUTRA DATA (CÓD 77) ANOTE ABAIXO A DATA DO RETORNO DE CAMPO**GEN1a. RETORNO DE CAMPO AGENDADO PARA: ____ / ____ / ____ → RETORNAR AO CAMPO PARA COLETA****[ENTREVISTADOR] PARA USO EXCLUSIVO NO RETORNO DE CAMPO****GEN1b. RE-COLETA REALIZADA EM: ____ / ____ / ____;**

- () 88 Recusou a coleta no retorno de campo
 () 77 Mãe biológica não encontrada no retorno de campo

GEN1b1. Se coleta da saliva realizada no retorno de campo, anote número identificador do kit-saliva

Lot ____ - ____ NÚMERO ____

[ENTREVISTADOR] SE VOCÊ NÃO TINHA CONSEGUIDO OS NÚMEROS DOS DOCUMENTOS DA MÃE BIOLÓGICA ANOTE ABAIXO**[DIGITADOR] VOLTE O CAMPO E ANOTE OS DADOS ABAIXO NAS QUESTÕES DE REGISTRO****REG17. DN da mãe biológica: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa);**

() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG18. CPF da mãe biológica: ____ - ____

() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG19. RG da mãe biológica: ____

() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

26

GEN2. ANOTAR NÚMERO IDENTIFICADOR DO KIT-SALIVA DO PAI**SE COLETADO, ANOTE O NÚMERO DO LOTE ABAIXO:**

Lot ____ - ____ NÚMERO ____;

- () 88 RECUSOU A COLETA NA ABORDAGEM INICIAL ↓ PULE PARA GEN3
 () 55 MORA EM OUTRA CIDADE FORA DO PERÍMETRO DE RECUPERAÇÃO ↓ PULE PARA GEN3
 () 44 PRESO EM REGIME FECHADO ↓ PULE PARA GEN3
 () 99 NÃO SE APLICA (falecido, s /contato, desconhecido) ↓ PULE PARA GEN3
 () 77 COLETA AGENDADA PARA OUTRA DATA ↓ CONTINUE EM GEN2A

[ENTREVISTADOR] RETORNO DE CAMPO. SE COLETA AGENDADA PARA OUTRA DATA (CÓD 77) ANOTE ABAIXO A DATA DO RETORNO DE CAMPO PARA COLETA DE SALIVA**GEN2a. RETORNO DE CAMPO AGENDADO PARA: ____ / ____ / ____****[ENTREVISTADOR] PARA USO EXCLUSIVO NO RETORNO DE CAMPO****GEN2b. RE-COLETA REALIZADA EM: ____ / ____ / ____;**

- () 88 Recusou a coleta no retorno de campo
 () 77 Pai biológico não encontrada no retorno de campo

GEN2b1. Se coleta da saliva realizada no retorno de campo, anote número identificador do kit-saliva

Lot ____ - ____ NÚMERO ____

[ENTREVISTADOR] SE VOCÊ NÃO TINHA CONSEGUIDO OS NÚMEROS DOS DOCUMENTOS DO PAI BIOLÓGICO ANOTE ABAIXO**[DIGITADOR] VOLTE O CAMPO E ANOTE OS DADOS ABAIXO NAS QUESTÕES DE REGISTRO****REG17. DN do pai biológico: ____ / ____ / ____ (dd/mm/aaaa);**

() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG18. CPF do pai biológico: ____ - ____

() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

REG19. RG do pai biológico: ____

() 99 NÃO SABE; () 88 RECUSA

[ENTREVISTADOR]

SE A COLETA DA MÃE OU PAI FOI COLETADA OU AGENDADA → PULE PARA O QUADRO DE INSTRUÇÃO
SE FOI MARCADO NÃO SE APLICA (99) – FALECIDOS, DESCONHECIDOS OU SEM CONTATO ou RECUSA (88)
EM GEN1 OU GEN2 ↓ CONTINUE EM GEN 3

GEN3. ANOTAR NÚMERO IDENTIFICADOR DO KIT-SALIVA DO IRMÃO

SE COLETADO, ANOTE O NÚMERO DO LOTE ABAIXO E ANOTE DADOS DO IRMÃO REFERENTE A COLETA:

LOT - NUMERO :

- () 88 RECUSOU A COLETA NA ABORDAGEM INICIAL ↓ VA PARA O QUADRO GERAL DE INSTRUÇÕES
() 55 MORA EM OUTRA CIDADE FORA DO PERÍMETRO DE RECUPERAÇÃO ↓ QUADRO GERAL DE INSTRUÇÕES
() 44 PRESO EM REGIME FECHADO ↓ QUADRO GERAL DE INSTRUÇÕES
() 99 NÃO SE APLICA (falecido, s/contato, desconhecido, filho único) ↓ QUADRO GERAL DE INSTRUÇÕES
() 77 COLETA AGENDADA PARA OUTRA DATA ↓ **CONTINUE ABAIXO EM GEN3 i1**

GEN3 i1. Nome completo do irmão que coletou saliva

GEN3 i2. Idade do irmão que coletou saliva

anos: () 99 NÃO SABE

GEN3 i3. Cor da pele do irmão biológico que coletou saliva:

- () 1 Branca; () 2 Negra; () 3 Entre branca e negra (Parda); () 4 Indígena; () 5 Asiática; () 99 NÃO SABE

[ENTREVISADOR] RETORNO DE CAMPO. SE COLETA AGENDADA PARA OUTRA DATA (CÓD 77) ANOTE ABAIXO A DATA DO RETORNO DE CAMPO PARA COLETA DE SALIVA

GEN3a. RETORNO DE CAMPO AGENDADO PARA: / /

[ENTREVISTADOR] PARA USO EXCLUSIVO NO RETORNO DE CAMPO

GEN3b. RE-COLETA REALIZADA EM: / / :

- () 88 Recusou a coleta no retorno de campo

GEN3b1. Se coleta da saliva realizada no retorno de campo, anote número identificador do kit-saliva

Lot - NUMERO

QUADRO DE INSTRUÇÃO GERAL DA ENTREVISTA

[LEIA] Agora iremos começar a entrevista propriamente dita.

Essa entrevista é composta por 3 partes:

- Na primeira iremos coletar alguns dados referentes à gestação de [nome da criança], sobre os hábitos de vida dele(a) quando bebê e durante a infância.
- Na segunda parte vamos perguntar sobre comportamentos e emoções de [nome da criança] nos últimos tempos.
- Na terceira iremos perguntar uma série de questões sobre comportamentos e emoções, só que agora sobre você, durante toda a sua vida.

PRIMEIRA PARTE

GESTÃO, HABITOS DE VIDA DE [nome da criança] QUANDO BEBE E DURANTE A INFÂNCIA

Seção 5 – Fatores de risco

[LEIA] Agora vamos fazer uma série de perguntas sobre sua gestação e sobre [nome da criança] durante a infância. Por favor, você pode pegar agora o cartão da criança para conferirmos alguns dados?

FAT1. Quando a mãe biológica descobriu estar grávida, quanto TEMPO DE RELACIONAMENTO (contando namoro, casamento ou morando junto) ela tinha com o pai biológico de [nome da criança]? [RESPOSTA ESPONTÂNEA]

____ anos;
☐ 0 Não tinha um relacionamento estável OU pai desconhecido;
☐ 88 Menos de 1 ano;
☐ 99 NÃO SABE

FAT2. A gravidez de [nome da criança] foi planejada, isto é, pai e mãe biológica estavam tentando engravidar?

☐ 0 Não;
☐ 1 Mais ou menos planejada;
☐ 2 Sim, foi bastante planejada;
☐ 99 NÃO SABE

FAT3. Mesmo sendo planejada ou não, a gravidez foi desejada pela mãe biológica, isto é, que sentimentos a mãe biológica teve quando descobriu estar grávida de [nome da criança]? [LEIA OPÇÕES]

☐ 1 Sentimentos positivos, na grande maioria das vezes;
☐ 2 Estresse passageiro ou leve;
☐ 3 Estresse moderado;
☐ 4 Estresse grave, com dificuldades para aceitar a gestação;
☐ 5 Um aborto foi seriamente considerado;
☐ 99 NÃO SABE

FAT4. Nos primeiros anos de vida (desde o nascimento até agora) de [nome da criança] os pais se sentiram apoiados, isto é, tinham amigos e familiares disponíveis para conversar, aconselhar e ajudar nos cuidados da criança? [LEIA OPÇÕES]

☐ 1 Sentiram-se apoiados sempre que precisaram;
☐ 2 Sentiram-se apoiados na maioria das vezes em que precisaram;
☐ 3 Sentiram-se apoiados em alguns momentos, porém sentiram falta de apoio em outros;
☐ 4 Sentiram falta de apoio em muitas vezes que precisavam;
☐ 5 Não tiveram nenhum apoio;
☐ 99 NÃO SABE

[LEIA] Você pode pegar o cartão da criança de que falamos agora?

FAT5. Quanto [nome da criança] pesou ao nascer?

____ kg, ____ g ☐ 99 NÃO SABE
[ENTREVISTADOR] SE MENOS DE 1 KG MARCAR "0" EM KG.
 SE NÃO TIVER CARTEIRA DA CRIANÇA, SÓ MARQUE SE RESPONDENTE TIVER CERTEZA DO PESO CORRETO. CASO CONTRÁRIO, MARQUE "NÃO SABE"

FAT5a. ☐ 1 conferido na carteira da criança; ☐ 2 Não conferido na carteira;

FAT6. Quanto [nome da criança] mediu ao nascer?

____ cm ☐ 99 NÃO SABE
[ENTREVISTADOR] SE NÃO TIVER CARTEIRA DA CRIANÇA, SÓ MARQUE SE RESPONDENTE TIVER CERTEZA DA ESTATURA CORRETA. CASO CONTRÁRIO, MARQUE "NÃO SABE"

FAT6a. ☐ 1 conferido na carteira da criança; ☐ 2 Não conferido na carteira;

Qual foi a nota ao nascimento (o APGAR) no 1º. Minuto e 5º. Minuto depois do nascimento?

FAT7 _____ 1º. Minuto ☐ 99 NÃO SABE

FAT7a _____ 5º. Minuto ☐ 99 NÃO SABE
[ENTREVISTADOR] SE NÃO TIVER CARTEIRA DA CRIANÇA, SÓ MARQUE SE RESPONDENTE TIVER CERTEZA DO APGAR CORRETO. CASO CONTRÁRIO, MARQUE "NÃO SABE"
[ENTREVISTADOR] SE NA CARTEIRINHA TIVER APENAS UMA NOTA E NÃO CONSTAR O MINUTO, ANOTAR EM 1º. MINUTO

FAT7a1. ☐ 1 conferido na carteira da criança; ☐ 2 Não conferido na carteira;

**FAT8 Fez pré-natal na gestação de [nome da criança]?
☐ 1 Sim; ☐ 2 Não; ☐ 99 NÃO SABE**

FAT8a. SE SIM, quantas consultas de pré-natal aproximadamente? _____ consultas ☐ 99 NÃO SABE

FAT8b. SE SIM, o pré-natal iniciou em qual trimestre?
☐ 1 1º. Trimestre (primeiros 3 meses)
☐ 2 2º. Trimestre (do 4º. ao 6º. mês)
☐ 3 3º. Trimestre (após o 7º. Mês)
☐ 99 NÃO SABE

FAT8a1. ☐ 1 conferido na carteira da criança; ☐ 2 Não conferido na carteira;

<p>FAT9 [nome da criança] foi prematuro, ou seja, adiantou mais do que duas semanas da data prevista? ☐ 1 Sim; ☐ 2 Não; ☐ 99 NÃO SABE [ENTREVISTADOR] SE NÃO TIVER CARTEIRA DA CRIANÇA, SÓ MARQUE SE RESPONDENTE TIVER CERTEZA SE A CRIANÇA FOI PREMATURA. CASO CONTRÁRIO, MARQUE "NÃO SABE" FAT9a. ☐ 1 conferido na carteira da criança; ☐ 2 Não conferido na carteira;</p>
<p>FAT10. Com quantas semanas de gestação a mãe biológica estava quando teve [nome da criança]? _____ semanas ☐ 99 NÃO SABE [ENTREVISTADOR] SE NÃO TIVER CARTEIRA DA CRIANÇA, SÓ MARQUE SE RESPONDENTE TIVER CERTEZA DAS SEMANAS DE GESTAÇÃO. CASO CONTRÁRIO, MARQUE "NÃO SABE" FAT10a. ☐ 1 conferido na carteira da criança; ☐ 2 Não conferido na carteira;</p>
<p>FAT11. Qual foi o tipo de parto de [nome da criança]? [LEIA OPÇÕES] ☐ 1 Cesárea; ☐ 2 Parto normal ↓ FAT11B ☐ 99 NÃO SABE [ENTREVISTADOR] SE NÃO TIVER CARTEIRA DA CRIANÇA, SÓ MARQUE SE RESPONDENTE TIVER CERTEZA DO TIPO DE PARTO. CASO CONTRÁRIO, MARQUE "NÃO SABE" FAT11a. ☐ 1 conferido na carteira da criança; ☐ 2 Não conferido na carteira; FAT11b. Se o parto foi normal, foi usado fórceps (ferros)? ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE</p>
<p>FAT12. [nome da criança] teve que ficar em UTI/CTI (Unidade/Centro de tratamento intensivo) neonatal? ☐ 1 Sim ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE</p>
<p>FAT13. Durante a gestação de [nome da criança], quantos cigarros a mãe biológica fumou? [LEIA OPÇÕES] ☐ 0 Não fumou com certeza; ↓ FAT14 ☐ 1 Fumou muito poucas vezes durante toda a gestação ↓ FAT13C1/2/3 ☐ 2 Fumava de vez em quando ↓ FAT13A ☐ 3 Fumava quase todos os dias ↓ FAT13B ☐ 4 Fumava todos os dias ↓ FAT13B ☐ 99 NÃO SABE ↓ FAT14</p> <p>FAT13a. Se fumava de vez em quando mais ou menos quantos cigarros por semana em média? _____ cig/semana ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>FAT13b. Se fumava quase todos os dias ou todos os dias, quantos cigarros por dia em média? _____ cig/dia ☐ 99 NÃO SABE</p>
<p>SE RESPONDEU CÓD 1, 2, 3 OU 4 EM FAT13 LEIA: Se fumou em qualquer momento, durante a gestação em que trimestres isso aconteceu?</p> <p>FAT13c1. Primeiro (primeiros 3 meses) ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>FAT13c2. Segundo (do 4º. ao 6º. Mês) ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>FAT13c3. Terceiro (do 7º. até o nascimento) ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C1 FAT13c4. E depois da gestação, a mãe biológica fumou enquanto estava amamentando [nome da criança]? ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE; ☐ 88 NÃO SE APLICA</p> <p>E depois da gestação (independente de estar amamentando ou não), a mãe biológica fumava? [ENTREVISTADOR] CONSIDERAR POSITIVO INDEPENDENTE SE FOI PERTO DA CRIANÇA OU NÃO, OU DE A MÃE MORAR COM A CRIANÇA OU NÃO (PERGUNTA SERÁ CRUZADA COM MESES DE CONTATO)</p> <p>FAT13c5. No primeiro mês de vida? ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE; ☐ 88 NÃO SE APLICA FAT13c6. E do 2º. ao 6º. mês de vida? ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE; ☐ 88 NÃO SE APLICA FAT13c7. E dos 7 meses até os 11 meses de vida? ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE; ☐ 88 NÃO SE APLICA FAT13c8. E do 1º. ao 3º. ano de vida (infância precoce)? ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE; ☐ 88 NÃO SE APLICA FAT13c9. E do 4º. ao 6º. ano de vida (pré-escolar)? ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE; ☐ 88 NÃO SE APLICA FAT13c10. E do 7º. ao 9º. ano de vida (escolar)? ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE; ☐ 88 NÃO SE APLICA FAT13c11. E do 10º. ao 13º. ano de vida (pré-adolescente)? ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE; ☐ 88 NÃO SE APLICA</p> <p>[ENTREVISTADOR] MARCAR CÓD 88 NÃO SE APLICA SE A CRIANÇA NÃO ATINGIU A IDADE ESPECIFICADA OU SE MÃE FALECIDO APÓS DETERMINADA IDADE DA CRIANÇA</p>
<p>FAT14. Alguém fumava perto da mãe biológica ou dentro da casa dela durante a gestação de [nome da criança]? ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>FAT14a. E durante a infância de [nome da criança], alguém continuamente fumava perto dele(a)? ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE</p>

FAT15. Durante a gestação de [nome da criança], a mãe biológica bebeu algum tipo bebida que continha álcool? [LEIA OPÇÕES]

- () 0 Não bebeu nenhuma vez; ↓FAT 16
 () 1 Bebeu **muito poucas vezes** durante toda a gestação ↓FAT15C123
 () 2 Bebia apenas **de vez em quando** ↓ FAT 15A
 () 3 Bebia **quase todos os dias** ↓ FAT15B
 () 4 Bebia **todos os dias** ↓ FAT15B
 () 99 NÃO SABE ↓FAT 16

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C2

FAT15a. Se bebia de vez em quando, quantas doses por semana em média? _____ doses/semana; () 99 NÃO SABE

FAT15b. Se bebia quase todos os dias ou todos os dias, quantos doses por dia em média? _____ doses/dia; () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] TOME REFERÊNCIA QUE 1 DOSE É IGUAL A: 1 LATA DE CERVEJA, 1/2 TAÇA DE VINHO, 1 DOSE DE DESTILADOS MAIS FORTES (WHISKY/VODKA/BATIDAS), CONFORME CARTÃO C2

SE RESPONDEU CÓD 1, 2, 3 OU 4 EM FAT15 APLIQUE, LEIA:

Se bebeu em qualquer momento, em que trimestres isso aconteceu? [LEIA OPÇÕES]

FAT15c1. Primeiro (primeiros 3 meses)

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT15c2. Segundo (do 4º. ao 6º. mês)

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT15c3. Terceiro (do 7º. até o nascimento)

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C1

FAT15c4. E depois da gestação, a mãe biológica bebeu enquanto estava amamentando [nome da criança]?

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

E depois da gestação, em que anos da vida de [nome da criança] a mãe consumiu álcool?

[ENTREVISTADOR] CONSIDERAR POSITIVO INDEPENDENTE SE FOI PERTO DA CRIANÇA OU NÃO, OU DE A MÃE MORAR COM A CRIANÇA OU NÃO (PERGUNTA SERÁ CRUZADA COM MESES DE CONTATO)

FAT15c4. No primeiro mês de vida ela bebia? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT15c5. E do 2º. Ao 6º. mês de vida? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT15c6. E dos 7º. meses até o 11º.mês de vida? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT15c7. E do 1º. ao 3º. ano de vida (infância precoce)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT15c8. E do 4º. ao 6º. ano de vida (pré-escolar)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT15c9. E do 7º. ao 9º. ano de vida (escolar)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT15c10. E do 10º. ao 13º. ano de vida (pré-adolescente)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

[ENTREVISTADOR] MARCAR CÓD 88 NÃO SE APLICA SE A CRIANÇA NÃO ATINGIU A IDADE ESPECIFICADA OU SE MÃE FALECIDA APÓS DETERMINADA IDADE DA CRIANÇA

Durante a gestação de [nome da criança], a mãe biológica teve [LEIA OPÇÕES]

[ENTREVISTADOR] SÓ MARCAR "SIM" OU "NÃO" SE O ENTREVISTADO TIVER CERTEZA DE QUE SIM OU DE QUE NÃO. CASO CONTRÁRIO MARQUE "NÃO SABE"

FAT16a. Pressão alta ou eclâmpsia ou pré-eclâmpsia durante a gestação?

() 1 Sim, com certeza **teve** ; () 0 Não, com certeza **não teve** ; () 99 NÃO SABE

FAT16b. Diabetes durante a gestação?

() 1 Sim, com certeza **teve** ; () 0 Não, com certeza **não teve** ; () 99 NÃO SABE

FAT16c. Dois episódios ou mais de infecções urinárias?

() 1 Sim, com certeza **teve** ; () 0 Não, com certeza **não teve** ; () 99 NÃO SABE

FAT16d. Alguma outra doença que necessitou internação hospitalar?

() 1 Sim, com certeza **teve** ; () 0 Não, com certeza **não teve** ; () 99 NÃO SABE

FAT17. Em geral as gestações são acompanhadas de um certo nível de estresse psicológico, às vezes pelo próprio fato de estar carregando uma criança.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C3

Se você tivesse que dar uma NOTA para o NÍVEL DE ESTRESSE QUE A MÃE BIOLÓGICA VIVENCIOU durante a gestação de [nome da criança] de 0 a 10 ... que nota você daria?

Nenhum	Mínimo	Leve		Moderado			Intenso		Muito Intenso	Máximo
() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() 7	() 8	() 9	() 10

() 99 NÃO SABE

FAT18. A mãe biológica de [nome da criança] usou alguma medicação para problemas emocionais ou de comportamento durante a gestação?

() 1 Sim ↓ MOSTRE O CARTÃO MED1 DO MATERIAL DE ESTÍMULO

() 0 Não; ↓ CONTINUE EM FAT19

() 99 NÃO SABE

ENTREVISTADOR] MOSTRAR CMED1 E CMED2

[ENTREVISTADOR] SE SIM, MOSTRE O CARTÃO MED1 e 2 DO MATERIAL DE ESTÍMULO PARA O RESPONDENTE E VEJA SE ELE(A) SABE SE A(S) MEDICAÇÃO (ÕES) UTILIZADAS PELA MÃE BIOLÓGICA DURANTE A GESTAÇÃO ESTÃO ENTRE AS MEDICAÇÕES MOSTRADAS NA TABELA.

[ENTREVISTADOR] SÓ MARCAR "SIM, CERTEZA" OU "NÃO, CERTEZA" SE O ENTREVISTADO TIVER CERTEZA DE QUE SIM OU DE QUE NÃO. CASO CONTRÁRIO MARQUE "NÃO SABE"

FAT18MED. Quantas medicações da listadas no cartão MED1 E MED2 o respondente tem CERTEZA de que a mãe biológica utilizou durante a gestação de [nome da criança]?

() 0 Nenhuma ↓ PULE PARA FAT 19

() NÃO SABE ↓ PULE PARA FAT 19

_____ medicações ↓ CONTINUE ABAIXO O PREENCHIMENTO DA TABELA

LISTA DE MEDICAÇÕES	CÓDIGO	Usou no 1º Trimestre com certeza?	Usou no 2º Trimestre com certeza?	Usou no 3º Trimestre com certeza?	Soma de meses usando na gestação (aprox.)
FAT18a1. Medicação 1 ABREV: _____	FAT18b1 CÓD: _____	FAT18c1 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d1 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e1 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f1 _____ meses
FAT18a2. Medicação 2 ABREV: _____	FAT18b2 CÓD: _____	FAT18c2 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d2 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e2 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f2 _____ meses
FAT18a3. Medicação 3 ABREV: _____	FAT18b3 CÓD: _____	FAT18c3 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d3 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e3 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f3 _____ meses
FAT18a4. Medicação 4 ABREV: _____	FAT18b4 CÓD: _____	FAT18c4 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d4 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e4 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f4 _____ meses
FAT18a5. Medicação 5 ABREV: _____	FAT18b5 CÓD: _____	FAT18c5 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d5 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e5 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f5 _____ meses
FAT18a6. Medicação 6 ABREV: _____	FAT18b6 CÓD: _____	FAT18c6 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d6 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e6 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f6 _____ meses
FAT18a7. Medicação 7 ABREV: _____	FAT18b7 CÓD: _____	FAT18c7 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d7 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e7 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f7 _____ meses
FAT18a8. Medicação 8 ABREV: _____	FAT18b8 CÓD: _____	FAT18c8 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d8 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e8 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f8 _____ meses
FAT18a9. Medicação 9 ABREV: _____	FAT18b9 CÓD: _____	FAT18c9 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d9 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e9 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f9 _____ meses
FAT18a10. Medicação 10 ABREV: _____	FAT18b10 CÓD: _____	FAT18c10 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18d10 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18e10 () 1 Sim, certeza () 0 Não, certeza () NÃO SABE	FAT18f10 _____ meses

FAT19. [nome da criança] frequentou creche?

- () 1 Sim ↓ FAT19A/B/C/D/E/F/G
() 0 Não;
() 99 NÃO SABE

ENTREVISTADOR] MOSTRAR C1

Se sim, em que idades?

FAT19a. No primeiro mês de vida? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT19b. E do 2º. Ao 6º. mês de vida? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT19c. E dos 7º. meses até o 11º. mês de vida? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT19d. E do 1º. ao 3º. ano de vida (infância precoce)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT19e. E do 4º. ao 6º. ano de vida (pré-escolar)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT19f. E do 7º. ao 9º. ano de vida (escolar)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

FAT19g. E do 10º. ao 13º. ano de vida (pré-adolescente)? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE; () 88 NÃO SE APLICA

[ENTREVISTADOR] MARCAR CÓD 88 NÃO SE APLICA SE A CRIANÇA NÃO ATINGIU A IDADE ESPECIFICADA APÓS DETERMINADA IDADE DA CRIANÇA

FAT20. [nome da criança] alguma vez mamou no peito?

- () 1 Sim ↓ FAT20A/B
() 0 Não

FAT20a. Se sim, mamou até quantos anos?

_____ anos e _____ mês(es) [ENTREVISTADOR] SE MENOS DE 1 ANO MARCAR "0" EM ANOS E MARCAR OS MESES

() 0 Menos de 1 mês

() 999 NÃO SABE

FAT20b. Se sim, mamou exclusivamente no peito (só no peito) até quantos meses?

[ENTREVISTADOR] CONSIDERAR TEMPO DE AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA ATÉ O MOMENTO QUE A CRIANÇA SÓ MAMAVA NO PEITO. ASSIM QUE QUALQUER TIPO DE ALIMENTO, INCLUINDO ÁGUA, PAPINHAS, ETC. FOI INTRODUZIDO CONTINUAMENTE (ISTO É, DESCONSIDERANDO CONSUMO ESPORÁDICO), NÃO CONSIDERAR MAIS AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA.

_____ anos e _____ meses [ENTREVISTADOR] SE MENOS DE 1 ANO MARCAR "0" EM ANOS E MARCAR OS MESES

() 0 Menos de 1 mês

() 999 NÃO SABE

FAT21. Na casa onde [nome da criança] mora há televisão ou computador ou videogame?

- () 1 Sim ↓ FAT 21A
() 0 Não;
() 99 NÃO SABE

FAT21a. Se sim, quantas horas por dia, somando tudo, a/o [nome da criança] passa em frente à TV, usando o computador e jogando videogame em média?

_____ horas _____ minutos

() 1 menos de 1 hora por dia;

() 0 Não assiste televisão, não usa o computador ou não joga videogame;

() 99 NÃO SABE

Dizemos que uma pessoa sofre "bullying" [PRONUNCIA-SE "BULIN"] quando um estudante ou grupo de estudantes diz ou faz coisas desagradáveis e maldosas para ele(a). É também "bullying" quando um estudante é importunado repetidamente de uma maneira que não gosta. São exemplos de "bullying": colocar apelidos maldosos, humilhar, agredir ou machucar um colega indefeso, empurrar, quebrar e roubar pertences, perseguir, isolar, ignorar, fazer sofrer etc.

FAT22. Você sabe se o seu(sua) filho(a) sofreu "bullying" alguma vez na vida? [LEIA OPÇÕES]

- () 1 Sim ↓ **FAT22a.**
 () 0 Não ↓ **FAT23**
 () 99 NÃO SABE ↓ **FAT23**

FAT22a. Se sim, e neste ano, ele(a) sofreu "bullying"?

- () 1 Sim ↓ **FAT22b/c**
 () 0 Não ↓ **FAT23**
 () 99 NÃO SABE ↓ **FAT23**

FAT22b. Se sim, com que frequência ele(a) sofreu "bullying" neste ano?

- () 1 Uma a duas vezes neste ano
 () 2 Às vezes, "uma vez ou outra"
 () 3 Cerca de uma vez por semana
 () 4 Diversas vezes por semana / quase todos os dias
 () 5 Todos os dias
 () 99 NÃO SABE

FAT22c. O quanto isso incomodava ele(a)?

- () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente

FAT23. Você sabe se o seu(sua) filho(a) fez "bullying" alguma vez na vida? [LEIA OPÇÕES]

- () 1 Sim ↓ **FAT23a.**
 () 0 Não ↓ **FAT24**
 () 99 NÃO SABE ↓ **FAT24**

FAT23a. Se sim, e neste ano, ele(a) fez "bullying"?

- () 1 Sim ↓ **FAT23b/c**
 () 0 Não ↓ **FAT24**
 () 99 NÃO SABE ↓ **FAT24**

FAT23b. Se sim, com que frequência ele(a) fez "bullying" neste ano?

- () 1 Uma a duas vezes neste ano
 () 2 Às vezes, "uma vez ou outra"
 () 3 Cerca de uma vez por semana
 () 4 Diversas vezes por semana / quase todos os dias
 () 5 Todos os dias
 () 99 NÃO SABE

FAT23c. Ele se sentia culpado por ter tipo de comportamento?

- () 0 Nada; () 1 Um pouco; () 2 Muito; () 3 Extremamente

FAT24. [nome da criança] já repetiu de ano alguma vez na vida?

- () 1 Sim ↓ **FAT24A/B/C**
 () 0 Não;
 () 99 NÃO SABE

FAT24a. Se sim, quantas vezes?

_____ vezes; () 99 NÃO SABE

FAT24b. Se sim, com que idade aconteceu pela primeira vez?

_____ anos; () 99 NÃO SABE

FAT24c. Se sim, quais os motivos, contando todas as vezes em que isso ocorreu? [LEIA OPÇÕES]

- FAT24c1. Falta às aulas –** () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
FAT24c2. Notas baixas (desempenho insuficiente) por falta de estudo – () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
FAT24c3. Notas baixas (desempenho insuficiente) mesmo estudando bastante () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE
FAT24c4. Outros motivos – () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT24c4a. Se outros motivos, descreva: _____

<p>FAT25. [nome da criança] já abandonou a escola (mais de 1 mês sem ir à aula sem retornar) alguma vez na vida? ☐ 1 Sim ↓ FAT25a/b ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>FAT25a. Se sim, em quantos anos (séries da escola) isso ocorreu? ____ anos; ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>FAT25b. Se sim, com que idade aconteceu pela primeira vez? ____ anos; ☐ 99 NÃO SABE</p>	
<p>FAT26. [nome da criança] já foi expulso(a) de alguma escola que freqüentou alguma vez na vida? ☐ 1 Sim ↓ FAT26a/b ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>FAT26a. Se sim, com que idade aconteceu pela primeira vez? ____ anos; ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>FAT26b. Se sim, ele foi expulso de alguma escola esse ano? ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE</p>	35
<p>FAT27. [nome da criança] já foi suspenso de alguma escola que freqüentou? ☐ 1 Sim ↓ FAT27AB ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>FAT27a. Se sim, quantas vezes você acha que ele foi suspenso durante toda a vida dele(a)? ____ vezes; ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>FAT27b. Se sim, com que idade aconteceu pela primeira vez? ____ anos; ☐ 99 NÃO SABE</p>	
<p>FAT28. [nome da criança] já apresentou alguma vez um quadro de encefalite, meningite, que teve que ser hospitalizado para tratamento? [ENTREVISTADOR] SÓ MARCAR "SIM" OU "NÃO" SE O ENTREVISTADO TIVER CERTEZA DE QUE SIM OU DE QUE NÃO. CASO CONTRÁRIO MARQUE "NÃO SABE" ☐ 1 Sim, com certeza ↓ FAT28A ☐ 0 Não; com certeza ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>FAT28a. Se sim, com que idade isso ocorreu? ____ anos ☐ 0 Do nascimento ao primeiro ano de vida; ☐ 99 NÃO SABE</p>	
<p>FAT29. [nome da criança] já sofreu algum acidente em que bateu forte com a cabeça? [ENTREVISTADOR] SÓ MARCAR "SIM" OU "NÃO" SE O ENTREVISTADO TIVER CERTEZA DE QUE SIM OU DE QUE NÃO. CASO CONTRÁRIO MARQUE "NÃO SABE" ☐ 1 Sim, com certeza ↓ FAT29AB ☐ 0 Não; com certeza ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>FAT29a. Se sim, ele (a) recebeu atendimento médico? ☐ 1 Sim; ☐ 0 Não; ☐ 99 NÃO SABE</p> <p>FAT29b. Se sim, com que idade isso ocorreu? ____ anos ☐ 0 Do nascimento ao primeiro ano de vida; ☐ 99 NÃO SABE</p>	

FAT30. [nome da criança] já fez ou faz algum tratamento específico (com medicações, psicoterapias ou internações) para problemas de comportamento, atenção, aprendizagem ou problemas emocionais, como medos, ansiedade e depressão?

- () 1 Sim; ↓ CONTINUE EM FAT31A
 () 2 Não, foi encaminhado, mas não conseguiu avaliação; → PULE PARA FAT32
 () 0 Não, nunca foi encaminhado para tratamentos específicos; → PULE PARA FAT32
 () 99 NÃO SABE → PULE PARA FAT32

FAT31a. [nome da criança] já tomou medicações para esses problemas?

- () 1 Sim; ↓ CONTINUE EM FAT31a1/a2/a3/a4/a5/a6
 () 0 Não ↓ PULE PARA FAT31b;
 () 99 NÃO SABE ↓ PULE PARA FAT31b;

ENTREVISTADOR] SE SIM, MOSTRE O CARTÃO MED1 e 2 DO MATERIAL DE ESTÍMULO PARA O RESPONDENTE E VEJA SE ELE(A) SABE AS MEDICAÇÕES JÁ USADAS E EM USO PELA CRIANÇA.

[ENTREVISTADOR] SÓ MARCAR "SIM, CERTEZA" OU "NÃO, CERTEZA" SE O ENTREVISTADO TIVER CERTEZA DE QUE SIM OU DE QUE NÃO. CASO CONTRÁRIO MARQUE "NÃO SABE"

FAT31MED. Quantas medicações da listadas no cartão MED1 e MED2 o respondente tem CERTEZA de que [nome da criança] já usou ou usa?

- () 0 Nenhuma ↓ PULE PARA FAT31a2
 () NÃO SABE ↓ PULE PARA FAT31a2

_____ medicações ↓ CONTINUE ABAIXO O PREENCHIMENTO DA TABELA

LISTA DE MEDICAÇÕES	CÓDIGO	Já usou na vida <u>com certeza</u> ?	Está usando no momento <u>com certeza</u> ?	Idade em que tomou pela primeira vez (aprox.)	Soma de meses de uso na vida (aprox.)	Melhora dos sintomas?
FAT31a1. Med. 1 ABREV: _____	FAT31b1 CÓD: _____	FAT31c1 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d1 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e1 _____ anos	FAT31f1 _____ meses	FAT31g1 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a2. Med. 2 ABREV: _____	FAT31b2 CÓD: _____	FAT31c2 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d2 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e2 _____ anos	FAT31f2 _____ meses	FAT31g2 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a3. Med. 3 ABREV: _____	FAT31b3 CÓD: _____	FAT31c3 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d3 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e3 _____ anos	FAT31f3 _____ meses	FAT31g3 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a4. Med. 4 ABREV: _____	FAT31b4 CÓD: _____	FAT31c4 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d4 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e4 _____ anos	FAT31f4 _____ meses	FAT31g4 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a5. Med. 5 ABREV: _____	FAT31b5 CÓD: _____	FAT31c5 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d5 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e5 _____ anos	FAT31f5 _____ meses	FAT31g5 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a6. Med. 6 ABREV: _____	FAT31b6 CÓD: _____	FAT31c6 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d6 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e6 _____ anos	FAT31f6 _____ meses	FAT31g6 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a7. Med. 7 ABREV: _____	FAT31b7 CÓD: _____	FAT31c7 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d7 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e7 _____ anos	FAT31f7 _____ meses	FAT31g7 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a8. Med. 8 ABREV: _____	FAT31b8 CÓD: _____	FAT31c8 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d8 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e8 _____ anos	FAT31f8 _____ meses	FAT31g8 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a9. Med. 9 ABREV: _____	FAT31b9 CÓD: _____	FAT31c9 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d9 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e9 _____ anos	FAT31f9 _____ meses	FAT31g9 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito
FAT31a10. Med. 10 ABREV: _____	FAT31b10 CÓD: _____	FAT31c10 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31d10 () 1 Sim () 0 Não () NÃO SABE	FAT31e10 _____ anos	FAT31f10 _____ meses	FAT31g10 () 0 Não () 1 Um pouco () 2 Muito

CONTINUE ABAIXO

FAT31a2. Com que idade fez o primeiro tratamento? ____ anos

FAT31a3. Você acha que seu(sua) filho(filha) se beneficiou de algum desses tratamentos? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nada; () 1 Muito pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito

FAT31a4. O medicamento foi prescrito por que tipo de profissional? [LEIA OPÇÕES]

() 1 Psiquiatra; () 2 Clínico geral ou médico de família (posto de saúde); () 3 Pediatra; () 99 NÃO SABE

FAT31a5. O tratamento foi: [LEIA OPÇÕES]

() 1 Público/Gratuito; () 2 Particular/Pago/Convênio; () 3 Ambos; () 99 NÃO SABE

FAT31b. [nome da criança] já fez alguma terapia psicológica ou já passou com psicólogo?

() 1 Sim; ↓ CONTINUE EM FAT31b1/b2/b3/b4/b5/b6

() 0 Não ↓ PULE PARA FAT31C;

() 99 NÃO SABE ↓ PULE PARA FAT 31C;

SE SIM:

FAT31b1. Quantos terapeutas diferentes para esses problemas? ____ terapeutas; () 99 NÃO SABE

FAT31b2. Somando todo o período com todos os terapeutas, por quanto tempo?

____ anos e ____ meses [ENTREVISTADOR] SE MENOS DE 1 ANO MARCAR "0" EM ANOS E MARCAR OS MESES

FAT31b3. Com que idade iniciou o primeiro tratamento? ____ anos () 99 NÃO SABE

FAT31b4. Você acha que seu(sua) filho(a) se beneficiou de algum desses tratamentos? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nada; () 1 Muito pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito

FAT31b5. A terapia foi realizada com que tipo de profissional? [LEIA OPÇÕES]

() 1 Psicólogo; () 2 Psiquiatra; () 3 Terapeuta ocupacional; () 4 Terapeuta de família; () 5 Outro; () 99 NÃO SABE

FAT31b6. O tratamento foi: [LEIA OPÇÕES]

() 1 Público/Gratuito; () 2 Particular/Pago/Convênio; () 3 Ambos; () 99 NÃO SABE

FAT31c. [nome da criança] já foi internado em hospital ou clínica para tratamento de problemas de comportamento ou emocionais? (considerar apenas internações em hospital, seja psiquiátrico ou não, ou clínicas especializadas, APENAS para TRATAMENTO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL)

() 1 Sim; ↓ CONTINUE EM FAT31C1

() 0 Não → PULE PARA FAT32;

() 99 NÃO SABE → PULE PARA FAT 32;

SE SIM

FAT31c1. Quantas vezes? ____ vezes

FAT31c2. Por quanto tempo a internação mais longa? ____ dia(s)

FAT31c3. Qual a idade da primeira internação? ____ anos

FAT31c4. Você acha que seu filho se beneficiou da internação? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nada; () 1 Muito pouco; () 2 Um pouco; () 3 Muito

FAT32. [nome da criança] já fez algum acompanhamento ou tratamento para problemas na aprendizagem ou na linguagem?

() 1 Sim;

() 0 Não ↓ PULE PARA FAT33

() 99 NÃO SABE ↓ PULE PARA FAT33

SE SIM

FAT32a. Onde? [LEIA OPÇÕES]

() 1 Dentro da escola; () 2 Fora da escola; () 3 Ambos; () 99 NÃO SABE

Com que profissionais? [LEIA OPÇÕES]

FAT32b. Orientadora educacional da escola? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT32c. Psicopedagogo/Pedagogo? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT32d. Fonoaudiólogo? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT32e. Psicólogo? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT32f. Psiquiatra? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT33. [nome da criança] já teve passagem pela: [LEIA OPÇÕES]

FAT33a. Assistente social? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT 33b. Conselho tutelar? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT 33c. Promotoria ou juizado de menores? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

FAT 33d. FEBEM/FASE/Fundação CASA, abrigos ou casas de passagem? () 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C4

FAT34. Alguma vez na vida, já aconteceu de [nome da criança] ter apanhado seriamente de um adulto (incluindo você) dentro de casa, chegando a deixar ele(a) machucado(a) ou com marcas pelo corpo? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Não;

() 1 Sim, aconteceu uma ou duas vezes;

() 2 Sim, acontecia ou acontece de vez em quando;

() 3 Sim, acontecia ou acontece frequentemente;

() 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C4

FAT35. Num momento de dificuldade, alguma vez na vida, já aconteceu de [nome da criança] não ter o que comer dentro de casa e/ou de ter que vestir roupas sujas ou rasgadas? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Não;

() 1 Sim, aconteceu uma ou duas vezes;

() 2 Sim, acontecia ou acontece de vez em quando;

() 3 Sim, acontecia ou acontece frequentemente;

() 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C4

FAT36. Alguma vez na vida, já aconteceu de terem feito coisas sexuais com [nome da criança] e/ou de ameaçarem bater ou algo do tipo se ele(a) não fizesse coisas sexuais? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Não;

() 1 Sim, aconteceu uma ou duas vezes;

() 2 Sim, acontecia ou acontece de vez em quando;

() 3 Sim, acontecia ou acontece frequentemente;

() 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C4

FAT37. Já aconteceu de [nome da criança] ser xingado por algum adulto (incluindo você), com palavras como "burro(a)", "idiota", "estúpido(a)" e/ou de alguém ter dito para ele(a) que ele(a) não servia para nada, gritando ou berrando com ele(a)? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Não;

() 1 Sim, aconteceu uma ou duas vezes;

() 2 Sim, acontecia ou acontece de vez em quando;

() 3 Sim, acontecia ou acontece frequentemente;

() 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR]

SE MÃE BIOLÓGICA TEVE ALGUM CONTATO COM A CRIANÇA AO LONGO DA VIDA ↓ CONTINUE EM FAT38a

SE MÃE BIOLÓGICA SEM NENHUM CONTATO COM A CRIANÇA AO LONGO DA VIDA/DESC. ↓ PULE PARA FAT 39ª

[ENTREVISTADOR] SE MÃE FALECIDA OU SEM CONTATO → USAR TEMPO PASSADO

SE MÃE EM CONTATO → USAR TEMPO PRESENTE

[LEIA] Agora gostaríamos de saber um pouco da relação entre [nome da criança] e a mãe biológica.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C5

FAT38a. A mãe biológica, sorri(a) para ele(a), fala(va) com uma voz meiga e amigável, elogiando as coisas que ele(a) faz(ia) corretamente, tentando entender os problemas e ajudar a resolvê-los? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nunca ou raramente; () 1 Às vezes; () 2 Frequentemente; () 3 Muito frequentemente ou sempre

FAT38b. A mãe biológica, dá(va) liberdade para ele(a), deixando ele(a) se vestir como ele(a) quer(ia), tomar as suas próprias decisões? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nunca ou raramente; () 1 Às vezes; () 2 Frequentemente; () 3 Muito frequentemente ou sempre

FAT38c. Trata(va) [nome da criança] como se fosse um bebê, isto é, é(era) muito superprotetora, não querendo que ele(a) cresça(crescesse)? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nunca ou raramente; () 1 Às vezes; () 2 Frequentemente; () 3 Muito frequentemente ou sempre

[ENTREVISTADOR]

SE PAI BIOLÓGICO TEVE ALGUM CONTATO COM A CRIANÇA AO LONGO DA VIDA ↓ CONTINUE EM FAT39a

SE PAI BIOLÓGICO SEM NENHUM CONTATO COM A CRIANÇA AO LONGO DA VIDA/DESC. ↓ PULE PARA FAT 40

[ENTREVISTADOR] SE PAI FALECIDO OU SEM CONTATO → USAR TEMPO PASSADO

SE PAI EM CONTATO → USAR TEMPO PRESENTE

[LEIA] Agora gostaríamos de saber um pouco da relação de [nome da criança] com o pai biológico.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C5

FAT39a. O pai biológico sorri(a) para ele(a), fala(va) com uma voz meiga e amigável, elogiando as coisas que ele(a) faz(ia) corretamente, tentando entender os problemas e ajudar a resolvê-los? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nunca ou raramente; () 1 Às vezes; () 2 Frequentemente; () 3 Muito frequentemente ou sempre

FAT39b. O pai biológico dá(va) liberdade para ele(a), deixando ele(a) se vestir como ele(a) quer(ia), tomar as suas próprias decisões? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nunca ou raramente; () 1 Às vezes; () 2 Frequentemente; () 3 Muito frequentemente ou sempre

FAT39c. Trata(va) [nome da criança] como se fosse um bebê, isto é, é(era) muito superprotetor, não querendo que ele(a) cresça(crescesse)? [LEIA OPÇÕES]

() 0 Nunca ou raramente; () 1 Às vezes; () 2 Frequentemente; () 3 Muito frequentemente ou sempre

FAT40. Agora diga o que a casa onde [nome da criança] mora possui (considerar itens quebrados há menos de 6 meses)

	Não Tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
FAT40a. Televisores em cores (não contar preto e branco)	0	1	2	3	4
FAT40b. Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
FAT40c. Rádios	0	1	2	3	4
FAT40d. Banheiros	0	4	5	6	7
FAT40e. Automóveis (carros)	0	4	7	9	9
FAT40f. Empregadas mensalistas (pessoas contratadas que fazem o cuidado da casa, faxina, lavar roupa)	0	3	4	4	4
FAT40g. Máquina de lavar	0	2	2	2	2
FAT40h. Geladeira	0	4	4	4	4
FAT40i. Freezer (tanto independente como segunda porta da geladeira)	0	2	2	2	2

SEGUNDA PARTE

Relação da família, comportamentos e emoções de [nome da criança] nos últimos tempos.

Seção 6 – Vida em Família

FES_qol1. Em geral, quão satisfeito você está com a vida que sua família tem? [LEIA OPÇÕES]

() 1 Muito satisfeito; () 2 Satisfeito; () 3 Insatisfeito; () 4 Muito insatisfeito; () 99 NÃO SABE

[ENTREVISTADOR]: MOSTRE C6

Agora nós vamos conversar sobre relacionamentos familiares. Eu vou ler para você algumas situações e gostaria que você respondesse "verdadeiro" ou "falso" para cada uma delas pensando sempre no que acontece com a sua família, ok? Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas, apenas pense na sua vida em família.

[ENTREVISTADOR] EM CASO DE DÚVIDA, EM UMA DAS AFIRMAÇÕES, SOLICITE AO ENTREVISTADO PARA PENSAR: NA MAIORIA DAS VEZES A SITUAÇÃO É VERDADEIRA OU FALSA?

FES1 Os membros da sua família realmente ajudam e apóiam uns aos outros.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES3 Vocês brigam bastante em família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES6r Os membros da sua família dão muitas ordens uns aos outros.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES7 Vocês freqüentemente parecem estar "matando" tempo em casa, isto é, ficar em casa sem fazer nada de útil.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES9r Os membros da sua família demonstram quando estão bravos.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES11 Existem poucas regras a serem seguidas na sua família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES12 Vocês colocam bastante energia naquilo que fazem em casa.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES14 Às vezes os membros da sua família ficam tão bravos que jogam coisas.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES17 Existe um membro da sua família que toma a maioria das decisões.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES18 Existe um sentimento de união na sua família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES20r Os membros da sua família "perdem a cabeça" facilmente.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES23 Existem formas determinadas de se fazer as coisas na sua casa.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES24r Frequentemente vocês se "oferecem" (se voluntariam ou se colocam à disposição) quando alguma coisa tem que ser feita na sua casa.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES26 Os membros da sua família freqüentemente criticam uns aos outros.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES29 Existe uma grande ênfase no cumprimento das regras na sua família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES30 Os membros da sua família realmente apóiam uns aos outros.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES32 Os membros da sua família algumas vezes batem uns nos outros.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES35 A opinião de todos tem o mesmo valor nas decisões familiares.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES36 Existe muito pouco espírito de grupo na sua família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES38 Se há uma discordância na sua família vocês se esforçam para resolver as coisas e manter a paz.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES41 Na sua família podem fazer qualquer coisa que queiram.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES42 Vocês realmente se dão bem uns com os outros.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES44 Os membros da sua família freqüentemente tentam vencer e passar na frente uns dos outros	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES47 As regras são bem rígidas na sua família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES48 Existe bastante tempo e atenção para cada um na sua família.	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES50 Na sua família, vocês acreditam que: "não se chega a lugar nenhum levantando a voz"	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso
FES53r Erros são geralmente bem tolerados na sua família	() 1 Verdadeiro	() 0 Falso

Seção 7 – DAWBA

[LEIA] Agora vamos fazer uma série de perguntas sobre [nome da criança]. Lembre-se não há resposta certa ou errada.

[ENTREVISTADOR] INICIE O PROTOCOLO DAWBA COM QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES QUE ESTÁ ABAIXO.

DWB1. [DIGITADOR] DIGITE O ID DA ETIQUETA INPD NO CAMPO "NOME" DO DAWBA NET

DWB2. [ENTREVISTADOR] ANOTE NOVAMENTE A IDADE DA CRIANÇA AO LADO: _____ anos

DWB3. [ENTREVISTADOR] ANOTE NOVAMENTE O GÊNERO: () 1 Feminino; () 2 Masculino

DWB4. [ENTREVISTADOR] ANOTE QUEM É O RESPONDENTE AO LADO: () 1 Mãe; () 2 Pai; () Pai e Mãe

[ENTREVISTADOR] MOSTRE C7

Questionário de Capacidades e Dificuldades

Instruções: Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro	EMOCIONAL	CONDUTA	HIPERATIVIDADE	SOCIAL	PRÓ-SOCIAL
SDQ1. Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	(0)	(1)	(2)					
SDQ2. Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer, mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	(0)	(1)	(2)					
SDQ3. Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	(0)	(1)	(2)					
SDQ4. Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis com outras crianças	(0)	(1)	(2)					
SDQ5. Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	(0)	(1)	(2)					
SDQ6. É solitário, prefere brincar sozinho	(0)	(1)	(2)					
SDQ7. Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	(2)	(1)	(0)					
SDQ8. Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	(0)	(1)	(2)					
SDQ9. Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	(0)	(1)	(2)					
SDQ10. Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	(0)	(1)	(2)					
SDQ11. Tem pelo menos um bom amigo ou uma boa amiga	(2)	(1)	(0)					
SDQ12. Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	(0)	(1)	(2)					
SDQ13. Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	(0)	(1)	(2)					
SDQ14. Em geral, é querido por outras crianças	(2)	(1)	(0)					
SDQ15. Facilmente perde a concentração	(0)	(1)	(2)					
SDQ16. Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	(0)	(1)	(2)					
SDQ17. É gentil com crianças mais novas	(0)	(1)	(2)					
SDQ18. Frequentemente engana ou mente	(0)	(1)	(2)					
SDQ19. Outras crianças pegam no pé ou atormentam-no	(0)	(1)	(2)					
SDQ20. Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	(0)	(1)	(2)					
SDQ21. Pensa nas coisas antes de fazê-las	(2)	(1)	(0)					
SDQ22. Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	(0)	(1)	(2)					
SDQ23. Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	(0)	(1)	(2)					
SDQ24. Tem muitos medos, assusta-se facilmente	(0)	(1)	(2)					
SDQ25. Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	(2)	(1)	(0)					
SUB-TOTAIS								

[ENTREVISTADOR] ANOTE OS VALORES DOS SUB-TOTAIS ACIMA NA FOLHA DE APOIO DA SEÇÃO 7

SDQ26. Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não	Sim – pequenas dificuldades	Sim – dificuldades bem definidas	Sim – dificuldades graves
() 0	() 1	() 2	() 3

[ENTREVISTADOR] SE "Não" → VÁ PARA A SEÇÃO R – Desenvolvimento, linguagem, brincadeiras e rotinas

[ENTREVISTADOR] SE "Sim" → CONTINUE EM SDQ26a

sdq26a. Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
() 0	() 1	() 2	() 3

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

sdq26b. Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

Nada	Um pouco	Muito	Mais de muito
() 0	() 1	() 2	() 3

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

• Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho/a em alguma das situações abaixo?

	Nada () 0	Um pouco () 1	Muito () 2	Mais de muito () 3
SDQ26c. DIA-A-DIA EM CASA	() 0	() 1	() 2	() 3
SDQ26d. AMIZADES	() 0	() 1	() 2	() 3
SDQ26e. APRENDIZADO ESCOLAR	() 0	() 1	() 2	() 3
SDQ26f. ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.)	() 0	() 1	() 2	() 3

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C8

sdq26g. Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais de muito
() 0	() 1	() 2	() 3

Seção R. Desenvolvimento, linguagem, brincadeiras e rotinas

Escala de Aptidões Sociais

ENTREVISTADOR] MOSTRAR C9

Como se compara o/a [Nome] com as outras crianças/pessoas da idade dele/a nas seguintes situações:

		Muito pior que a média	Um pouco pior que a média	Na média	Um pouco melhor que a média	Muito melhor que a média
SAS1	É capaz de rir com os outros, por exemplo, aceitando brincadeiras leves e reagindo adequadamente.	0	1	2	3	4
SAS2	É fácil de conversar com ele/a, mesmo sobre um tema que ele/a não tenha um interesse especial.	0	1	2	3	4
SAS3	É capaz de chegar a um meio-termo e ser flexível	0	1	2	3	4
SAS4	Encontra a coisa certa para dizer ou fazer para tornar mais fácil uma situação tensa ou embaraçosa.	0	1	2	3	4
SAS5	Tem espírito esportivo quando não ganha ou percebe que está errado/a. Sabe perder.	0	1	2	3	4
SAS6	Outras pessoas se sentem bem com ele/a por perto.	0	1	2	3	4
SAS7	Entendendo as entrelinhas do que as pessoas dizem, ele/a consegue saber o que as pessoas estão realmente pensando ou sentindo.	0	1	2	3	4
SAS8	Depois de ter feito algo errado, ele/a é capaz de pedir desculpas e resolver a situação de forma que não fiquem ressentimentos.	0	1	2	3	4
SAS9	Sabe liderar sem parecer mandão/mandona.	0	1	2	3	4
SAS10	Sabe o que é apropriado ou não apropriado nas diferentes situações sociais.	0	1	2	3	4

copyright Robert Goodman, 2001

Total da Escala de Aptidões sociais: _____ (Some SAS 1 a SAS10) e anote na folha de apoio

[ENTREVISTADOR] ANOTE NA FOLHA DE APOIO DA ENTREVISTA O TOTAL DA ESCALA DE APTIDÕES

Questionário de Amizades

Fr1 Como é o/a [Nome] para fazer amigos?

Mais difícil que a média	Na média	Mais fácil que a média
0	1	2

Fr2 Como é o/a [Nome] para manter os/as amigos/as que fez?

Mais difícil que a média	Na média	Mais fácil que a média
0	1	2

45

Fr3 No momento, quantos amigos/as ele/a tem com os/as quais ele/a passa bastante tempo junto, por exemplo, conversando ou fazendo coisas junto, ou saindo como parte de um grupo?

Nenhum	UM	2-4	5-9	10+
0	1	2	3	4

Pule para Questões de Desenvolvimento na próxima página

Fr4

Fr4 O/A [Nome] e os seus amigos têm interesses em comum?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Fr5 O/A [Nome] e os seus amigos fazem coisas juntos como praticar esportes, jogar no computador ou ir ao shopping?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Fr6 Se o/a [Nome] estivesse muito estressado/a ou tivesse uma preocupação secreta, você acredita que ele/a seria capaz de conversar sobre isso com um/a amigo/a e contar-lhe sobre como ele/a estava se sentindo?

Não	Talvez	Sim
0	1	2

Fr7 De forma geral, você aprova as amizades do/a [Nome]?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Fr8 Muitos dos/as amigos/as do/a [Nome] são o tipo de criança/jovem que geralmente se mete em confusão por mal comportamento?

Não	Alguns são assim	Muitos são assim	Todos são assim
0	1	2	3

Questões de Desenvolvimento

R1. Pensando sobre o trabalho escolar do/a [Nome] e sobre a capacidade dele/a raciocinar, ele/a está na média para a idade dele/a, adiantado/a ou atrasado/a?

Adiantado/a	Na média	Atrasado/a
0	1	2

R3

R2

R2. Atualmente, em que nível de idade ele/a está, mais ou menos, para fazer o trabalho escolar ou para raciocinar?
(Se houver dúvida, repita: considerando trabalhos escolares e tarefas de raciocínio, quantos anos de atraso ele tem? Subtraia o atraso da idade da criança e coloque no quadro ao lado)

Anos

46

R3. A habilidade do/a [Nome] em usar a linguagem – para dizer o que ele/a pensa ou para entender o que as outras pessoas estão dizendo – está na média para a idade dele/a, adiantado/a ou atrasado/a?

Adiantado/a	Na média	Atrasado/a
0	1	2

R6

R4

R4. Atualmente, em que nível de idade ele/a está, mais ou menos, para falar e entender?
(Opcional, para uma criança de X anos: Por exemplo, está atrasado para fazer a lição como se tivesse X-2 anos? [calcule X-2 usando a idade (X) da criança em questão.])

Anos

R5. Ele/a pode superar as dificuldades em explicar algo que ele/a quer dizer, por exemplo, usando gestos, sinais, expressões ou representando?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R6. Voltando para os **3 anos** de idade dele/a, existiu algo que preocupou você ou alguma outra pessoa seriamente sobre:

- a fala dele/a?
- como ele/a se relacionava com as pessoas?
- as brincadeiras de faz-de-conta?
- alguns rituais estranhos ou hábitos incomuns que eram *muito* difíceis de interromper?
- a habilidade dele/a em aprender e fazer coisas novas – coisas como montar quebra-cabeças ou ajudar a se vestir?

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

Pergunte R7 somente se resposta em R6a, R6b, R6c, R6d ou R6e = "Sim"

R7	As coisas que tinham preocupado seriamente você ou outra pessoa agora resolveram-se completamente?	Resolveram-se completamente	Alguns problemas continuam
		0	1

Regra para pular o resto dessa seção

Regra 1 = A pontuação da Escala de Aptidões Sociais é 12 ou menos? Sim () Não ()

Regra 2 = Se R7 = "Alguns problemas continuam"? Sim () Não ()

Regra 3 = A pontuação do SDQ em pontuação social **menos** pró-social é 2 ou mais. Sim (); Não ()
Se "sim" para qualquer regra continue a seção. Caso contrário, vá para a seção A – Ansiedade Separação.

47

Se R6a = "Sim" continue com R8, caso contrário, pule para R10.

R8	Ele/a podia usar alguma palavra com sentido sem ser "mama" ou "papa" antes dos dois anos? (Palavras de bebê como "au-au" para "cachorro" contam. Excluir outras palavras para mãe ou pai). R9 Depois de usar palavras uma por uma, as crianças passam a juntá-las para formar frases pequenas como "Ir parque ver patos" ou "Mama dar biscoito".	Não	Sim
		0	1

O/A [Nome] juntou palavras em frases ou sentenças pequenas antes dos 3 anos? (Não contar palavras como "Por favor" ou "Boa noite" que as crianças usam como se fossem palavras únicas)	Não	Sim
	0	1

R10 As crianças de até 1 ou 2 anos, em geral, se comunicam através de gestos como acenar com a mão para "dar tchau", apontar para as coisas, mandar beijinhos ou trazer um dedo até a boca e dizer "Shhh!".

Quando ele/a tinha até 1 ou 2 anos, o/a [Nome] usava estes tipos de gestos tanto quanto as outras crianças da mesma idade?	O mesmo/mais	Um pouco menos	Muito menos
	0	1	2

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10 – DE R11 A R38

R11 Algumas crianças gostam de brincar de esconde-esconde, pega-pega, ciranda, pular amarelinha ou passa anel.

O/A [Nome] já gostou dessas brincadeiras?	Não	Um pouco	Muito
	0	1	2

R12. As crianças mais novas, em geral, tentam dividir as suas alegrias, seus interesses ou suas conquistas, por exemplo, mostrando alguma coisa que elas pensam que você gostará de ver ou achará interessante.

Quando criança, até mais ou menos 4 anos, o/a [Nome] gostava de dividir as alegrias, os interesses ou as conquistas dele/dela com outras pessoas?	Não	Um pouco	Muito
	0	1	2

R13. Algumas crianças passam muito tempo repetindo a mesma ação muitas e muitas vezes, como, por exemplo, ficar rodando as rodinhas de um/a carro de brinquedo, ligando e desligando as luzes ou abrindo e fechando portas.

Este já foi o caso do/a [Nome]?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R14. As crianças, algumas vezes, se interessam muito por detalhes estranhos de brinquedos ou de outras coisas. Por exemplo, ao invés de brincarem com o brinquedo, elas ficam o tempo todo cheirando-o ou alisando-o ou encostando-o no rosto para sentir qualquer vibração que ele faça.

Este já foi o caso do/a [Nome]?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R15. Jogos de faz-de-conta são importantes para algumas crianças. Isso pode incluir jogos em que as crianças fingem ser alguém – como polícia e ladrão, ou mamãe e papai. Mesmo quando elas estão sozinhas, elas podem inventar histórias com bonecas ou com outras coisas que estejam à sua volta.

Se menos de 11 anos: De 4 anos em diante, o/a [Nome] tem brincado de jogos de faz-de-conta?

Se com 11 anos ou mais: Pensando em quando ele/a era mais novo/a (entre 5 e 10 anos), o/a [Nome] brincava de faz-de-conta?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R16. *Se idade menor que 11:* Atualmente, o/a [Nome] leva em conta o tipo de criança com quem brinca? Por exemplo, não ser muito bruto/a com crianças mais novas ou não ser muito mandão/mandona com crianças mais velhas?

Se 11 anos ou mais: Quando ele/a era mais novo/a (por volta de 10 anos) ele/a levava em conta o tipo de criança com quem brincava? Por exemplo, não sendo muito bruto/a quando brincava com crianças mais novas ou não sendo muito mandão/mandona quando brincava com crianças mais velhas?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R17 Quando ele/a está com outras crianças, ele/a tem dificuldade de esperar a vez dele/a, dividir ou cooperar?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R18 Algumas crianças gostam de colecionar coisas, ou ficam muito ligados em apenas um tema, como, por exemplo esporte, carros ou uma determinada banda de roque. Nós geralmente dizemos que essas crianças estão “obcecadas/as” pelo tema, mas isso não quer dizer que eles/elas se sintam mal com isso – ao contrário, é algo que eles/elas gostam e geralmente querem falar a respeito.

49

O/A [Nome] tem ou teve alguma mania desse tipo que dura ou durou muito tempo?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R24
R19

R19 As manias podem ser sobre temas comuns ou incomuns. Por exemplo, é comum uma criança de 8 anos estar obcecada por dinossauros, mas é incomum para uma criança dessa idade estar obcecada por janelas de estilo colonial, código de barras ou postes de luz de rua.

O/A [Nome] foi ou é obcecado/a por um assunto incomum?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R20 Essa mania domina ou dominava a vida dele/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R21 Esta mania domina ou dominava a conversa dela/e com outras pessoas?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R22 Essa mania fez com que ele/a parasse de fazer outras coisas importantes na vida dele/a, como brincar, estudar ou sair de casa?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R23. Por favor, descreva a mania:

.....

.....

.....

R24. O/A [Nome] é capaz de **iniciar** uma conversa com as pessoas?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R25. Se outras pessoas iniciam uma conversa com ele/a, o/a [Nome] é capaz de **manter** a conversa?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

50

R26. O/A [Nome] se interessa por conversar com outras pessoas para ouvir sobre os interesses e as experiências destas, mesmo quando estas são diferentes dos dele/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R27. Algumas crianças têm problemas para mudar o jeito que falam em diferentes situações sociais. Por exemplo, elas podem falar de forma muito informal com um professor ou de maneira muito formal com outras crianças.

O/A [Nome] muda o jeito de falar de acordo com a situação quando for formal ou informal?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R28. É relativamente fácil dizer o que algumas crianças estão sentindo pela expressão e pelo tom de voz. É mais difícil dizer isso de outras crianças, principalmente se você não os conhece bem.

A maioria das pessoas tem dificuldade em saber o que o/a [Nome] está sentindo observando a expressão e o tom de voz dele/a?]

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R29. Por outro lado, as crianças variam a capacidade para perceber o que as outras pessoas estão sentindo. Algumas crianças têm facilidade para reconhecer pequenos sinais na expressão ou no tom de voz. Por exemplo, elas/es podem dizer de forma imediata quando a mãe está perdendo a paciência ou quando outra criança/adolescente está um pouco envergonhada/o. Outras crianças acham essas coisas difíceis de perceber.

O/A [Nome] tem dificuldade em reconhecer a expressão ou tom de voz de outra pessoa?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R30 Quando estamos conversando com alguém face-a-face, o contato visual é muito importante. Geralmente nos sentimos desconfortáveis ou como se tivesse algo errado se a outra pessoa com quem falamos faz contato visual insuficiente, exagerado ou de forma errada.

O/A [Nome] já passou por uma fase em que fazia contato visual insuficiente, exagerado ou errado?

Não	Talvez	Sim
0	1	2

R31. Muitas crianças novas passam por uma fase em que elas repetem algo que foi dito a elas. Por exemplo, se você disse, “Nós iremos para casa já, já”, elas imitam dizendo “Nós iremos para casa já, já”. Ou elas podem imitar apenas a última palavra, “já, já”, no seu tom de voz.

51

O/A [Nome] já imitou frases ou palavras dessa maneira?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R32. Algumas crianças fazem as mesmas perguntas muitas e muitas vezes. Por exemplo, “Quando nós vamos ao parquinho?” ou “O que tem para o jantar?” ou “Nós vamos sair esse final de semana?”. Eles ficam repetindo essas perguntas mesmo quando eles já ouviram as respostas muitas vezes. O tipo de pergunta repetitiva pode variar de semana para semana.

O/A [Nome] já repetiu perguntas assim?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R33. Um outro problema é quando os jovens repetem frases da moda ou clichês excessivamente e sem fazer sentido. Às vezes, pode ser uma frase apropriada, mas usada muito mais do que o necessário. Por exemplo, uma criança que quase sempre começa a frase com “Para ser sincero...”.

O/A [Nome] teve ou tem este modo de falar?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R34. Algumas crianças gostam de rotina e querem que as coisas sejam iguais todos os dias. Por exemplo, elas podem querer comer a mesma comida, servida no mesmo prato, sentada na mesma cadeira, todos os dias. Elas também podem ter uma rotina muito fixa para se vestir.

O/A [Nome] já apresentou rotinas fixas ou estranhas que ele/a insistia em manter porque ele/a gostava de fazê-la daquela maneira?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

└──────────┘

R36

↓

R35

52

R35. Por favor, descreva essas rotinas:

.....

.....

.....

R36. Algumas crianças se perturbam facilmente com pequenas alterações em suas rotinas. Por exemplo, elas podem se perturbar por terem de ir para a escola por um caminho diferente, por terem de tomar um banho em uma hora um pouco diferente ou quando se mudam os móveis da casa de lugar.

O/A [Nome] já se perturbou facilmente por pequenas mudanças na rotina?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R37. Algumas crianças mais novas passam por uma fase onde elas movem as mãos e os braços para cima e para baixo rapidamente quando elas estão excitadas ou perturbadas. Algumas continuam fazendo isso por anos.

De 4 anos em diante, o/a [Nome] costumava fazer esses movimentos?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

R38. Você respondeu uma série de perguntas sobre o desenvolvimento do/a [Nome] – focando particularmente na linguagem, brincadeiras, rotinas e na capacidade dele/a para relacionar-se com outras pessoas.

Você está preocupado/a com algum desses aspectos do desenvolvimento do/a [Nome]?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

↓

Pule para a seção A “Ansiedade de separação”

Assinale “Sim” em MIR - Desenvolvimento na lista de checagem M1 e continue com R39

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11 – DE R39 A R41

R39 Pensando sobre os últimos 12 meses, alguma dificuldade com linguagem, rotina, brincadeiras ou capacidade para se relacionar incomodou ou aborreceu ele/ela?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

R40 Essas dificuldades interferiram no/nas...

- a. Dia-a-dia em casa
- b. Amizades
- c. Aprendizado escolar
- d. Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

53

R41 Essas dificuldades foram um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

R42. O desenvolvimento de algumas crianças é diferente desde o nascimento. Com o passar do tempo, os pais se dão conta que o desenvolvimento nunca foi normal. No entanto, nem todos os casos são assim. Algumas vezes, os pais têm certeza de que o desenvolvimento foi completamente normal por um tempo e depois houve uma mudança relativamente súbita.

Qual é o caso do/a [Nome]?

Desenvolvimento nunca foi totalmente normal	Mudança súbita
0	1

↓
Pule para a próxima seção “Ansiedade de Separação” somente se não foi assinalado “sim” na lista de checagem para Desenvolvimento

R43

R43. Quantos anos o/a [Nome] tinha quando essa mudança aconteceu?
Se durante os primeiros 12 meses coloque “0”.

M2R: Desenvolvimento *(Se M1 foi assinalado em desenvolvimento, pergunte:)*

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2R1 Por favor, descreva qualquer coisa da linguagem, rotina, brincadeiras ou habilidade social do/a [Nome] que tenha preocupado-lhe em algum momento na vida dele/a.

.....

.....

.....

.....

54

M2R2 Alguma dessas dificuldades está interferindo com o dia-a-dia dele/a atualmente? Se sim, por favor, descreva quais são as dificuldades atuais e como elas estão interferindo na vida dele/a..

.....

.....

.....

.....

M2R3 Alguma dessas dificuldades já recebeu algum diagnóstico ou nome? Se sim, quem foi que sugeriu o diagnóstico ou o nome para a dificuldade e qual foi o nome/diagnóstico dado?

.....

.....

.....

.....

M2R4 Que ajuda (se houve alguma) ele/a teve para essas dificuldades?

.....

.....

.....

.....

Seção A Ansiedade de Separação

A maioria das crianças é particularmente ligada a uma ou algumas pessoas procurando nelas segurança, conforto e voltando-se para elas quando aflitas ou magoadas.

A1. Quais são os adultos a quem [Nome] é principalmente ligado(a)?

- a. Mãe (biológica ou adotiva).
- b. Pai (biológico ou adotivo).
- c. Madrasta, mãe substituta, companheira do pai.
- d. Padrasto, pai substituto, companheiro da mãe.
- e. Avô/avó.
- f. Outros parentes adultos, por exemplo, tio/tia ou irmão/irmã adulto(a).
- g. Babá ou outro adulto que cuide dele(a).
- h. Professores.
- i. Outros adultos não parentes, por exemplo, amigo da família, vizinho.
- j. ☐ Não é particularmente ligado(a) a nenhum adulto.

Não ou Não se aplica	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

55

Se A1j foi assinalado, pergunte A1k e A1l; caso contrário, continue com A2.

Quais são as crianças ou jovens a quem [Nome] é principalmente ligado(a)?

- k. Irmãos, irmãs ou outros parentes jovens
- l. Amigos
- m. ☐ Não é particularmente ligado(a) a ninguém

Não ou NÃO SE APLICA	Sim
0	1
0	1

Se A1m foi assinalada, pule para seção B "Medo de coisas ou situações específicas". Caso contrário, continue.

A2. Você acabou de me dizer a quem [Nome] é principalmente ligado(a). Se quiser, liste todos de A1a até A1i (ou A1k/A1l) que tiveram "sim" como resposta. Daqui por diante, estas pessoas serão chamadas de "pessoas de ligação" da criança/adolescente.

O que eu gostaria de saber agora é o quanto [Nome] preocupa-se em estar separado(a) das "pessoas de ligação". A maioria das crianças/jovens tem preocupações deste tipo, mas eu gostaria de saber como [Nome] reage comparado(a) a outras crianças/jovens da mesma idade. Eu estou interessado em como ele(a) é no dia-a-dia e não em um dia fora da rotina.

Em geral, nas **últimas 4 semanas** ele/a tem estado especialmente preocupado/a em separar-se das pessoas de ligação?

Não	Sim
0	1

Se A2 = "Sim" ou se pontos para a área emocional (SDQ) for MAIOR OU IGUAL 4, então continue. Caso contrário, pule para seção B "Medos de coisas ou situações específicas"

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C12

A3 Nas últimas 4 semanas e comparado com outras crianças da mesma idade...

- a) Ele/a tem se preocupado que algo de mal possa acontecer com as pessoas de ligação?
- b) Ele/a tem se preocupado, sem motivo real, em ser afastado das pessoas de ligação, por exemplo, ser seqüestrado/a, levado/a ao hospital ou ser morto/a?
- c) Ele/a tem se recusado a ir à escola, com receio de que algo de ruim possa acontecer às pessoas de ligação enquanto ele/a estiver na escola? *(Não inclua medo de ir à escola por outras razões como medo de ser provocado/a por colegas ou medo de provas)*
- d) Dormir sozinho/a tem lhe causado medo ou preocupação?
- e) Ele/a tem saído de seu quarto à noite a procura das pessoas de ligação ou para dormir com elas?
- f) Dormir na casa de parentes ou amigos tem lhe causado medo ou preocupação?
- g) *(Só pergunte se a criança tiver menos de 11 anos)*
Ele/a tem estado amedrontado quando fica sozinho/a em algum lugar da casa sem a presença das pessoas de ligação mesmo que você ou eles estejam por perto?
- h) *(Só pergunte se a criança tiver 11 anos ou mais)*
Ele/a tem estado especialmente amedrontado/a de ficar sozinho/a em algum lugar da casa se as pessoas de ligação saírem de casa por alguns momentos?
- i) Ele/a tem tido pesadelos sobre estar separado/a das pessoas de ligação?
- j) Ele/a tem dores de cabeça, de barriga ou enjôos quando separado das pessoas de ligação ou quando ele sabe que isso acontecerá?
- k) Separar-se das pessoas de ligação ou a idéia de estar separado/a delas levou-o/a a ficar preocupado/a, chorar, ter “crises de birra” ou ficar triste?

Não mais que os outros (ou NÃO SE APLICA)	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

56

Se qualquer um dos itens em A3 teve como resposta “Muito mais que os outros”, então assinale “Sim” em M1A para Ansiedade de Separação na lista de checagem em M1 e continue com A4. Caso contrário, pule para seção B “Medo de coisas e situações específicas”

A4 As preocupações de [Nome] com separação começaram há pelo menos 4 semanas?

Não	Sim
0	1

A5 Quantos anos ele/a tinha quando suas preocupações com separação começaram?

(Se sempre ou desde o nascimento, marque "0")

	anos
--	------

57

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11 – DE A6 A A8

A6 Quanto estas preocupações o/a incomodam ou o/a aborrecem?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

A7 Quanto estas preocupações têm interferido no/as...

- a. Dia-a-dia em casa
- b. Amizades
- c. Aprendizado escolar
- d. Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

A8 Estas preocupações são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2A: Ansiedade de Separação (Se M1A foi assinalado para ansiedade de separação, pergunte:)

Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2A1) Por favor descreva as preocupações atuais de [nome] sobre separação. Como são estas preocupações ou como [nome] demonstra estas preocupações?

.....

.....

.....

.....

58

M2A2) Com qual frequência estas preocupações levam a dificuldades?

.....

.....

.....

.....

M2A3) Quão graves estas dificuldades podem chegar a ser?

.....

.....

.....

.....

M2A4) Há quanto tempo ele/a tem tido estas preocupações sobre separação?

.....

.....

.....

.....

M2A5) Estas preocupações estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

M2A6) Com o que você acha que estas preocupações estão relacionadas?

.....

.....

.....

.....

M2A7) Você já tentou fazer algo sobre estas preocupações? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção B Medo de Coisas ou Situações Específicas

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10

Nesta seção da entrevista, há perguntas sobre determinadas coisas ou situações que causam medo nas crianças, embora não sejam um perigo real para eles(as). Eu gostaria de saber do que [Nome] tem medo. Eu estou interessado(a) em saber como [Nome] é geralmente, e não em um dia fora da rotina. Nesta seção, não perguntarei sobre todos os medos. Alguns medos serão investigados em outras seções, por exemplo: medo de situações sociais, sujeira, separação, multidões.

- B1. [Nome] tem medo de alguma coisa ou situação desta lista?
- a) Animais e/ou insetos: Cachorro, rato, cobra, pássaro, aranha, abelha, vespa, barata ou qualquer outro animal ou inseto.
 - b) Tempestade, trovão, altura ou água.
 - c) Escuro
 - d) Ruídos muito altos, ex., alarmes, fogos de artifício
 - e) Sangue - injeção - ferimento: Medo desencadeado ao ver sangue, ferimento; por uma injeção ou qualquer outro procedimento médico.
 - f) Ir ao dentista ou ao médico
 - g) Vomitando, engasgar (sufocar) ou ter doenças, ex., câncer ou AIDS.
 - h) Usar meios de transporte, ex., carro, ônibus, barco, avião, trem, metrô ou pontes.
 - i) Lugares pequenos fechados, ex., elevador, túnel.
 - j) Ir ao banheiro, ex., na escola ou na casa de parentes ou amigos
 - k) Tipos específicos de pessoas, ex., palhaços, pessoas com barba, usando capacete, fantasiadas, vestidas de Papai Noel.
 - l) Seres imaginários ou sobrenaturais, ex., monstros, fantasmas, extraterrestres, bruxas
 - m) Qualquer outro medo específico(Descreva).....
.....

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

60

Se em qualquer um dos itens em B1 for respondido "Muito", então continue com B2. Caso contrário, pule para seção C "Medos de situações sociais"

B9 Você acha que os medos dele/a são excessivos ou irracionais?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2
0	1	2

B10 E ele/a? Ele/a acha que os medos dele/a são excessivos ou irracionais?

Se B2 = "Sim" ou se B4 = "Muito" ou se B7 = "Muito" então marque "Sim" em M1B para Fobia Específica na lista de checagem em M1 e continue

B11 Os medos de [Nome] são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2B: Fobias específicas (*Se M1B foi assinalado para fobia específica, pergunte:*)

Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2B1) Por favor, descreva qualquer medo que seja um contra-senso (que não faça sentido no contexto), que aborreça [nome] seriamente, ou que o/a leve a deixar de fazer algo que gostaria de fazer se não fosse pelo medo.

.....

.....

.....

.....

63

M2B2) Com qual frequência os medos dele/a são um contra-senso (ou sem sentido) ou aborrecem-o/a?

.....

.....

.....

.....

M2B3) Quando os medos estão piores, qual a gravidade deles?

.....

.....

.....

.....

M2B4) Os medos estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

M2B5) Você já tentou fazer algo sobre estes medos? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção C Medo de situações sociais

Estou interessado em saber se [Nome] tem medo especificamente de situações sociais. Considere isto comparando com outras crianças/jovens da mesma idade em situações rotineiras e não leve em conta um dia fora da rotina ou simples timidez.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10

C2	Nas últimas 4 semanas , [Nome] tem ficado com medo de determinadas situações sociais, como, por exemplo:	Não	Um pouco	Muito	65
		0	1	2	
a)	Conhecer pessoas novas?	0	1	2	
b)	Encontrar muitas pessoas, por exemplo, numa festa?	0	1	2	
c)	Comer na frente dos outros?	0	1	2	
d)	Responder perguntas ou participar de discussões em sala de aula?	0	1	2	
e)	Ler em voz alta na frente dos outros?	0	1	2	
f)	Escrever na frente dos outros?	0	1	2	

Se nenhum dos itens em C2 for respondido "Muito", então pule para seção D "Ataques de pânico e agorafobia"

C3 A maioria das crianças são ligadas a um ou mais adultos-chave, sentindo-se mais seguras quando ele/s está/ão por perto. Algumas crianças só têm medo de situações sociais se estiverem longe deste/s adultos-chave.

Outras crianças sentem medo de situações sociais mesmo na presença destes adultos-chave.

Qual é a alternativa verdadeira para [Nome]?	Em geral, fica bem em situações sociais quando acompanhado/a de um adulto-chave	O medo em situações sociais é intenso mesmo quando adulto/s-chave está/ao por perto
	0	1

C4 [Nome] tem medo apenas na presença de adultos ou mesmo em situações que envolvam muitas crianças/jovens juntos ou quando tem a oportunidade de conhecer novas crianças/jovens?

Somente com adultos	Somente com crianças/adolescentes	Com crianças/adolescentes e adultos
0	1	2

C5 Fora destas situações sociais, [Nome] consegue relacionar-se bem com os adultos e crianças que ele/a conheça bem?

Não	Sim
0	1

C6 Você acha que ele/a não gosta de situações que envolvam contatos sociais porque tem medo de comportar-se de maneira embaraçosa ou que chame a atenção dos outros?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

66

C7 (Somente perguntar C7 se C2d = "Muito" ou se C2e = "Muito" ou se C2f = "Muito")

[Nome] não gosta de situações que envolvam contatos sociais especificamente pelas suas dificuldades em falar, ler ou escrever?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

C8 Há quanto tempo ele/a tem tido este medo de situações sociais?

Menos de um mês	1 - 5 meses	6 meses ou mais
0	1	2

C9 Quantos anos ele/a tinha quando seus medos de situações sociais começaram? (Se sempre ou desde o nascimento, marque "0").

	Anos
--	------

C10 Quando [Nome] está em uma das situações sociais de que tem medo, ou quando uma destas situações está prestes a acontecer, ele/a geralmente fica nervoso/a ou triste?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

└──────────┘

C12

↓

C11

C11 Com que frequência o medo de situações sociais deixa [Nome] aborrecido/a ou triste assim?

Uma vez ou outra	Quase todas as semanas	Quase todos os dias	Muitas vezes ao dia
0	1	2	3

C12 O medo de [Nome] leva-o/a a evitar situações sociais?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

└──────────┘

C14

↓

C13

C13 O fato de ele/a evitar estas situações interfere com as atividades diárias dele/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

C14 Ele/a acha que este medo de situações sociais é excessivo ou irracional?

C15 Ele/a está aborrecido/a ou triste por sentir este medo?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2
0	1	2

Se C10 = "Muito" ou se C12 = "Muito", então "Sim" em M1C para Fobia Social na lista de checagem em M1 e continue

C16 Estes medos de [Nome] de situações sociais são uma peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2C: Fobia Social (*Se M1C foi assinalado para fobia social, pergunte:*)

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2C1) Por favor, descreva qualquer medo de situações sociais que sejam um contra-senso, que o/a aborreça seriamente, ou que o/a leve a deixar de fazer algo que gostaria de fazer se não fosse pelo medo destas situações sociais.

.....

.....

.....

.....

68

M2C2) Com qual frequência os medos dele/a de situações sociais são um contra-senso (ou sem sentido) ou aborrecem-o/a?

.....

.....

.....

.....

M2C3) Quando os medos de situações sociais estão piores, qual a gravidade deles?

.....

.....

.....

.....

M2C4) Os medos de situações sociais estão interferindo com a qualidade de vida dele/a?

.....

.....

.....

.....

M2C5) Você já tentou fazer algo sobre estes medos de situações sociais? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção D Ataques de Pânico e Agorafobia

Muitas crianças passam por momentos em que ficam muito ansiosas/os com coisas aparentemente bobas ou sem importância. Mas algumas crianças têm crises de ansiedade mais fortes sem motivo aparente – sem nenhuma causa.

D1 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome] ficou muito nervoso/a e agitado/a, tendo, de repente, uma crise de ansiedade sem qualquer motivo aparente?

Não	Sim
0	1

Se D1 = “Sim”, então assinale “Sim” em M1D1 para Pânico na lista de checagem em M1 e continue.

70

D2 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome] tem tido medo ou tem evitado alguma destas coisas?

a) Multidões

b) Lugares públicos

c) Viajar sozinho/a (se geralmente ele/a o faz)

d) Ficar longe de casa

Não ou Não se aplica	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1

Se em qualquer um dos itens em D2 se for respondido “Sim”, então assinale “Sim” em M1D2 para Agorafobia na lista de checagem em M1 e continue com D3. Caso contrário, pule para seção E “Estresse pós-traumático”

D3 Você acha que [Nome] tem este medo ou evita estas situações porque ele/a teme que, se tiver um ataque de pânico ou algo assim (como tontura ou diarreia), terá dificuldade ou ficará envergonhado/a ou não

Não	Sim
0	1

M2D: Ataques de Pânico e Agorafobia (Se M1D1/2 foi assinalado para pânico/agorafobia, faça uma ou ambas as perguntas, dependendo do que a criança apresentar ataques de pânico ou evitação, ou ambos).

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2D1) Por favor, descreva com o máximo possível de detalhes como são estes ataques de pânico, com qual frequência eles ocorrem, quando começaram e qual o efeito que eles tem na vida de [nome].

.....

.....

.....

.....

71

M2D2) Gostaríamos de ouvir mais sobre o medo ou evitação de multidões, lugares públicos, viajar sozinho/a, ou ficar longe de casa. Por favor, descreva com o máximo possível de detalhes. Também descreva com qual frequência isto ocorre, quando começou e qual efeito tem na vida de [Nome].

.....

.....

.....

.....

Seção E Estresse Pós-Traumático

A próxima seção pergunta a respeito de acontecimentos ou situações que são traumáticas ou muito estressantes, e que deixam quase todos realmente nervosos ou chateados. Por exemplo, presenciar um incêndio em casa, ser agredido, maltratado ou abusado sexualmente, envolver-se em um grave acidente de carro ou presenciar alguém próximo sendo assaltado.

E1 Alguma coisa assim já aconteceu ao/à [Nome] desde o nascimento dele/a?

Não	Sim
0	1

Se E1 = "Sim", então continue com E2. Caso contrário, pule para seção F "Compulsões e Obsessões"

72

E2 Alguma vez [Nome] vivenciou qualquer das situações seguintes?

Criança envolveu-se num desastre

a) Um acidente grave, traumatizante, ex., atropelamento, acidente de carro ou qualquer outro acidente sério

b) Incêndio grave, ex., ficar preso num prédio em chamas

c) Outros desastres, ex., seqüestro, enchente, desabamento

Violência contra a criança

d) Assalto ou ameaça grave, ex., por um ladrão ou gangue

e) Violência física (maus tratos) que ele(a) ainda se lembre

Violação sexual da criança

f) Abuso sexual

g) Estupro

Criança testemunhou algo muito grave

h) Presenciou violência doméstica séria, p. ex., viu a mãe ser agredida fisicamente em casa

i) Viu um membro da família ou amigo ser gravemente atacado ou ameaçado, p. ex., por ladrões ou gangue

j) Presenciou uma morte súbita, suicídio, overdose, um acidente grave, um ataque cardíaco, etc.

Outro trauma grave

k) Qualquer outro trauma grave (Descreva)

.....
.....

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

Se em qualquer um dos itens em E2 a resposta for "Sim", então continue com E3. Caso contrário, pule para seção F "Compulsões e Obsessões"

E3 Naquela época, ele/a sentiu-se muito angustiado/a ou teve uma mudança muito grande de comportamento?

Não	Sim
0	1

E3A Este evento traumático ainda está afetando o comportamento, os sentimentos ou a concentração de [Nome]?

ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10

Não	Sim
0	1

Pule para a seção F
"Compulsões e Obsessões"

E4

E4 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome] ...

- a) lembrou o evento com lembranças vividas (como se estivesse acontecendo de novo)?
- b) teve vários sonhos ou pesadelos sobre o evento?
- c) ficou aborrecido/a ou nervoso/a quando aconteceu algo que lhe lembrasse do evento?
- d) tentou evitar pensar ou conversar sobre qualquer coisa que tivesse relação com o evento?
- e) tentou evitar atividades lugares ou pessoas que lhe lembrassem do evento?
- f) bloqueou da sua memória detalhes importantes sobre o evento?
- g) mostrou-se muito menos interessado/a em atividades que antes costumava gostar?
- h) sentiu-se isolado/a ou afastado/a dos outros?
- i) passou a ter dificuldade em expressar sentimentos que expressava no passado, por exemplo, não consegue mais mostrar carinho?
- j) sentiu menos segurança em relação ao futuro?
- k) teve problemas para dormir?
- l) sentiu-se irritado/a ou bravo/a mais facilmente?
- m) teve dificuldades para concentrar-se?
- n) manteve-se sempre em alerta como se algo de perigoso fosse acontecer?
- o) assustava-se facilmente com pequenas coisas (por exemplo, barulhos)?

	Não	Um pouco	Muito
a)	0	1	2
b)	0	1	2
c)	0	1	2
d)	0	1	2
e)	0	1	2
f)	0	1	2
g)	0	1	2
h)	0	1	2
i)	0	1	2
j)	0	1	2
k)	0	1	2
l)	0	1	2
m)	0	1	2
n)	0	1	2
o)	0	1	2

73

Se em qualquer um dos itens em E4 a resposta for "Muito", então assinale "Sim" para M1E Estresse Pós-Traumático na lista de checagem em M1 e continue com E5. Caso contrário, pule para seção F "Compulsões e Obsessões"

E5 Você me falou sobre (sintoma definido). Quanto tempo após o evento traumático estes outros problemas começaram?

Nos primeiros 6 meses	Após 6 meses
0	1

E6 Por quanto tempo ele/ela tem tido estes problemas?

Menos de 1 mês	1 ou 2 meses	3 meses ou mais
0	1	2

74

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

E7 Quão aborrecido/a ou nervoso/a ele/a fica com os problemas que o evento traumático desencadeou?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

E8 Quanto estes problemas têm interferido no/as...

a. Dia-adia em casa

b. Amizades

c. Aprendizado escolar

d. Atividade de lazer

Nada	Um Pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

E9 Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2E: Estresse Pós-Traumático (*Se M1E for assinalado para estresse pós-traumático, pergunte:*)

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2E1) Qual foi o evento extremamente estressante? Por favor, desculpe-nos se falar sobre este assunto também aborrece você. Precisamos apenas de informações suficientes para entendermos os sintomas atuais de [nome].

.....

.....

.....

.....

75

M2E2) Por favor descreva os sintomas que [nome] ainda tem decorrentes desta experiência tão estressante pela qual ele/a passou.

.....

.....

.....

.....

M2E3) Com qual frequência estes sintomas causam dificuldades ou aborrecem-o/a?

.....

.....

.....

.....

M2E4) Qual a gravidade dos sintomas quando eles estão piores?

.....

.....

.....

.....

M2E5) Os sintomas estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

76

M2E6) Você já tentou fazer algo sobre estes sintomas? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção F Compulsões e Obsessões

Muitas crianças têm rotinas ou superstições, como, por exemplo: não pisar nas linhas da calçada, ter que seguir um ritual na hora de dar boa noite, precisar vestir determinadas roupas que dão sorte nas provas escolares, ou ter um objeto que traga sorte para os jogos esportivos. Também é comum que as crianças passem por fases em que pareçam fixadas em um assunto ou situação em particular, como marcas de carros, conjuntos musicais ou times de futebol. Eu gostaria de perguntar se [Nome] tem manias (rituais) que vão além disto.

77

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10 DE F2 A F4

F2 Durante as **últimas 4 semanas**, ele/a teve algum dos seguintes rituais (fez alguma das seguintes coisas repetidamente, mesmo que já as tivesse feito ou que não precisasse fazê-las) ?

	Não	Um pouco	Muito
a) Limpeza excessiva: lavar as mãos, tomar banhos, escovar dentes, etc.?	0	1	2
b) Outras medidas específicas para evitar sujeira, germes ou substâncias perigosas?	0	1	2
c) Checagem excessiva: tomadas elétricas, gás, trancas, portas, forno?	0	1	2
d) Repetir a mesma coisa várias vezes seguidas sem nenhuma razão específica, como levantar-se e sentar-se repetidamente ou entrar e sair por uma porta várias vezes seguidas?	0	1	2
e) Tocar coisas e pessoas de modos específicos?	0	1	2
f) Arrumar coisas para que fiquem exatamente simétricas ou bem organizadas?	0	1	2
g) Contar números de sorte ou evitar números de azar?	0	1	2

F3 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome] ficou obsessivamente preocupado/a com sujeira, germes ou substâncias perigosas – sem ser capaz de tirar estas preocupações da cabeça?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Se em qualquer um dos itens em F2 ou F3 a resposta for “Muito”, então assinale “Sim” em MIF para para Compulsões e Obsessões na lista de checagem em M1 e continue .

- F4 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome] ficou obcecado/a pela preocupação de que algo terrível iria acontecer a ele/a ou aos outros – doenças, acidentes, incêndios, etc.?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
Regra de continuação de F7		F6

- F6 Esta obsessão sobre algo terrível que possa acontecer a ele/a ou aos outros é parte de uma preocupação mais ampla sobre estar separado/a do/s adulto/s-chave (de maior ligação) ou é um problema separado?

Parte da ansiedade de separação	Um problema com implicações próprias
0	1

Se F6 = “Um problema com implicações próprias”, então assinale “Sim” em MIF para Compulsões e Obsessões na lista de checagem em M1 e continue

- F7 Se Compulsões e Obsessões tiverem sido marcadas em M1, então continue. Caso contrário, pule para seção G “Ansiedade Generalizada”

Os rituais ou obsessões de [Nome] já estiveram presentes na maioria dos dias por pelo menos **2 semanas**?

Não	Sim
0	1

- F8 Ele/a acha que seus rituais ou obsessões são excessivos ou irracionais?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

- F9 Ele/a tenta resistir ou evitar os rituais ou obsessões?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

F10 Os rituais ou obsessões aborrecem-o/a?

Não, ele/a gosta	Neutro, ele/a não gosta nem se aborrece	Aborrecem um pouco	Aborrecem muito
0	1	2	3

F11 Estes rituais ou obsessões duram pelo menos uma hora por dia, em média?

Não	Sim
0	1

79

ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

F12 Quanto estes rituais ou obsessões têm interferido no/as...

a) Dia-a-dia em casa

b) Amizades

c) Aprendizado escolar

d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

F13 Estes rituais ou obsessões são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2F: Compulsões e Obsessões (*Se M1F foi assinalado para obsessões e compulsões, pergunte:*)

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2F1) Por favor, descreva todos os rituais ou obsessões de [Nome].

.....

.....

.....

.....

80

M2F2) Com qual frequência estes rituais ou obsessões causam dificuldades ou aborrecem-o/a?

.....

.....

.....

.....

M2F3) Qual a gravidade dos rituais ou obsessões quando eles estão piores?

.....

.....

.....

.....

M2F4) Por quanto tempo os rituais ou obsessões estão presentes?

.....

.....

.....

.....

M2F5) Os rituais ou obsessões estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

M2F6) Você já tentou fazer algo sobre estes rituais ou obsessões? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção G Ansiedade Generalizada

Esta seção da entrevista é sobre preocupações.

- G2 [Nome] é uma criança/adolescente que, às vezes, fica preocupado(a)?

Não	Sim
0	1

↓
Pule para seção H “Depressão”

↓
Continue

82

- G2A Algumas crianças têm preocupações específicas com determinadas coisas, como: medo de animais, trovões, etc.; obsessões ou ansiedade de separação. Outras crianças preocupam-se com várias coisas de sua vida ao mesmo tempo. Elas/eles podem ter medos específicos, obsessões, ansiedade de separação, mas têm também várias outras preocupações sobre diversas coisas.

Você acha que [Nome] é uma pessoa que se preocupa com as coisas em geral?

Não, ele(a) só tem umas poucas preocupações específicas	Sim, ele/a preocupa-se em geral
0	1

↓
Continue somente se a pontuação da escala emocional do SDQ for MAIOR OU IGUAL A 4. Caso contrário, pule para Seção H “Depressão”

↓
Continue

- G3 Durante os **últimos 6 meses**, ele/a pareceu tão preocupado/a que isto afetou ou interferiu com a vida dele/a?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

Se G3 = “Talvez” ou se G3 = “Com certeza” ou se pontos para a área emocional (SDQ) for MAIOR OU IGUAL 4, então continue. Caso contrário, pule para seção H “Depressão”

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C12

G4	Durante os últimos 6 meses e comparado(a) a outras crianças/jovens da mesma idade, [Nome] tem se preocupado com...	Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
		0	1	2
a)	<u>Coisas que ocorreram no passado:</u> Eu fiz algo errado? Eu magoei alguém? Eles me perdoaram?	0	1	2
b)	<u>Trabalho escolar, dever de casa, provas</u>	0	1	2
c)	<u>Desastres:</u> Roubos, assaltos, incêndios, bombas etc.	0	1	2
d)	<u>A saúde dele(a)</u>	0	1	2
e)	<u>Coisas ruins que possam acontecer com os outros:</u> família, amigos, animais de estimação, ou população mundial (ex. guerras)	0	1	2
f)	<u>O futuro:</u> ex., mudar de escola ou de casa, conseguir emprego, arranjar namorado(a)	0	1	2
g)	<u>Fazer e manter amizades</u>	0	1	2
h)	<u>Morte</u>	0	1	2
i)	<u>Ser provocado ou atormentado, ex., por colegas da rua ou da escola</u>	0	1	2
j)	<u>Peso ou aparência dele(a)</u>	0	1	2
k)	<u>Qualquer outra preocupação? (Descreva)</u>	0	1	2

Se duas ou mais destas preocupações tiverem sido respondidas com “Muito mais que os outros”, então continue. Caso contrário, pule para seção H “Depressão”

G6	Durante os últimos 6 meses , ele/a tem se preocupado excessivamente na maioria dos dias?	Não	Sim
		0	1

G7	Ele/a tem dificuldade em controlar suas preocupações?	Não	Sim
		0	1

Se G6 = “Sim” ou se G7 = “Sim”, então assinale “Sim” em MIG para Ansiedade Generalizada na lista de checagem em M1) e continue. Caso contrário, pule para seção H “Depressão”.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C13

G8 Agora vamos perguntar se cada um dos sintomas “aconteceu na maioria dos dias durante os últimos 6 meses”:

	Não	Sim, mas não na maioria dos dias	Sim, aconteceu na maioria dos dias
a) Preocupar-se o/a leva a sentir-se inquieto, tenso ou incapaz de relaxar?	0	1	2
b) Preocupar-se o/a leva a sentir-se cansado/amais facilmente?	0	1	2
c) Preocupar-se o/a leva a ter dificuldades em se concentrar?	0	1	2
d) Preocupar-se o/a leva a ficar irritável?	0	1	2
e) Preocupar-se o/a leva a sentir tensão muscular?	0	1	2
f) Preocupar-se interfere com o seu sono, ex. dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo ou sono agitado ou insatisfatório?	0	1	2

84

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

G9 Quanto você acha que estas várias preocupações incomodam ou aborrecem [Nome] ?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

G10 Quanto estes rituais ou obsessões têm interferido no/as...

a) Dia-a-dia em casa

b) Amizades

c) Aprendizado escolar

d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

G11 Estas preocupações são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2G: Ansiedade Generalizada *(Se M1G foi assinalado para ansiedade generalizada, pergunte*

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

:)

M2G1) Por favor, descreva com o que [nome] preocupa-se?

.....

.....

.....

.....

85

M2G2) Com qual frequência estas preocupações geram dificuldades?

.....

.....

.....

.....

M2G3) Qual a gravidade das preocupações quando elas estão piores?

.....

.....

.....

.....

M2G4) Há quanto tempo ele/a tem se preocupado tanto com estas coisas?

.....

.....

.....

.....

M2G5) Estas preocupações estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

M2G6) Você já tentou fazer algo sobre estas preocupações? Se sim, por favor, descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção H Depressão

_ Tristeza

Esta próxima seção da entrevista é sobre o humor de [Nome].

- H1 Nas **últimas 4 semanas**, houve períodos em que [Nome] sentiu-se muito triste, desanimado/a, infeliz ou choroso/a?

Não	Sim
0	1
↓	↓
H7	H2

- H2 Houve nas **últimas 4 semanas**, algum período no qual ele/a sentiu-se muito desanimado/a quase todos os dias?

Não	Sim
0	1

- H3 Durante o período em que [Nome] estava triste, desanimado/a, ele/a ficou assim durante a maior parte do dia? (ou seja, ficava mais horas por dia desanimado/a do que bem)

Não	Sim
0	1

- H4 Durante este período ele/a podia ser animado/a e sentir-se melhor ...?

Facilmente	Com dificuldade / por pouco tempo	De jeito nenhum
0	1	2

- H5 Durante as **últimas 4 semanas**, o período em que ficou realmente triste durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

Se H1 = "Sim" e se H2 = "Sim" e se H3 = "Sim", então assinale "Sim" em M1H1 para Tristeza na lista de checagem em M1 e continue em H7.

_ Irritabilidade

- H7 Nas **últimas 4 semanas**, houve períodos em que [Nome] tornou-se mal-humorado/a ou irritado/a de um modo diferente do que costuma ser?

Não	Sim
0	1
↓	↓
H13	H8

- H8 Durante as **últimas 4 semanas**, houve algum período em que ele/a esteve muito irritável durante praticamente todos os dias?

Não	Sim
0	1

- H9 Durante este período quando ele/a ficou mal-humorado/a ou irritado/a, isto durava a maior parte do dia?
(ou seja, ficava mais horas por dia mal-humorado/a ou irritado/a do que bem)

Não	Sim
0	1

- H10 A irritabilidade melhorou com determinadas atividades, como a visita de amigos, ou com alguma outra coisa?

Facil mente	Com dificuldade / por pouco tempo	De jeito nenhum
0	1	2

- H11 Durante as **últimas 4 semanas**, o período em que ficou realmente irritável durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

Se H7 = "Sim" **e** se H8 = "Sim" **e** se H9 = "Sim", então assinale "Sim" em M1H2 para Irritabilidade na lista de checagem em M1 e continue em H13

_ Perda de interesse

H13 Nas **últimas 4 semanas**, houve períodos em que [Nome] perdeu o interesse por todas as coisas, ou quase todas, que ele/a normalmente tem prazer em fazer?

Não	Sim
0	1

↓
Regra de
continuação
de H18

H14

H14 Durante as **últimas 4 semanas**, houve algum período em que esta falta de interesse esteve presente praticamente todos os dias?

Não	Sim
0	1

H15 Durante estes dias quando ele/a perdeu o interesse pelas coisas, isto durava a maior parte do dia? (ou seja, ficava mais horas por dia sem interesse pelas coisas do que bem)

Não	Sim
0	1

H16 Durante as **últimas 4 semanas**, esta perda de interesse durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

H17 Se tristeza (M1H1) ou irritabilidade (M1H2) foi assinalada "Sim" na lista de checagem M1, pergunte:

A perda de interesse ocorreu durante o mesmo período em que ele/a esteve desanimado/a ou irritável na maior parte do tempo?

Não	Sim
0	1

Se H13 = "Sim" e se H14 = "Sim", então marque "Sim" em M1H3 para Perda de Interesse na lista de checagem em M1 e continue em H18

H18 Se Tristeza (M1H1), Irritabilidade(M1H2) ou Perda de Interesse (M1H3) foram marcadas “Sim” na lista de checagem em M1, então continue. Caso contrário, pule para H22.

Durante o período em que [Nome] esteve desanimado/a, irritável ou sem interesse...		Não	Sim
a)	ele/a ficou sem energia e parecia cansado/a o tempo todo?	0	1
b)	ele/a teve alguma mudança no seu apetite, para mais ou para menos?	0	1
c)	ele/a perdeu ou ganhou muito peso?	0	1
d)	ele/a tinha dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo?	0	1
e)	ele/a passou a dormir demais?	0	1
f)	houve algum período em que ele/a ficou agitado/a ou inquieto/a a maior parte do tempo?	0	1
g)	houve algum período em que ele/a sentiu-se desvalorizado/a ou culpado sem motivo na maior parte do tempo?	0	1
h)	houve algum período em que ele/a teve dificuldade para concentrar-se ou pensar claramente?	0	1
i)	ele/a pensava muito em morte?	0	1
j)	ele/a alguma vez falou em ferir-se ou matar-se?	0	1
k)	ele/a alguma vez tentou ferir-se ou matar-se?	0	1

H18L	Durante toda a sua vida, alguma vez ele/a tentou ferir-se ou matar-se?	Não	Sim
		0	1

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

H19 Quanto que a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse aborreceram ou incomodaram ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extrema-mente
0	1	2	3

H20 Quanto a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse dele/a têm interferido no/as...

a) Dia-a-dia em casa

b) Amizades

c) Aprendizado escolar

d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

91

H21 Esta tristeza, irritabilidade ou perda de interesse é um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Não pergunte H22 a H24 se você já perguntou H18 i a H18 l.

Auto-Agressão

H22 Durante as **últimas 4 semanas**, ele/a alguma vez falou em ferir-se ou matar-se?

H23 Durante as **últimas 4 semanas**, ele/a alguma vez tentou ferir ou matar-se?

H24 Durante toda a sua vida, alguma vez ele/a tentou ferir-se ou matar-se?

Não	Sim
0	1
0	1
0	1

Se H22 = "Sim" ou se H23 = "Sim" ou se H24 = "Sim", então assinale "Sim" para MH4 para Auto-Agressão na lista de checagem em M1 e continue

M2H: Depressão *(Se M1H1/2/3 foi assinalado para tristeza, irritabilidade ou perda de interesse, pergunte:)*

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2H1) Por favor, descreva o humor de [nome] (tristeza, irritabilidade) e o nível de interesse dele/a pelas coisas.

.....

..... 92

.....

.....

M2H2) O que mais mudou ao mesmo tempo que o humor e o nível de interesse? Se relevante, comente sobre apetite, sono, energia para fazer as coisas, auto-confiança, excesso de culpa, falta de esperança sobre o futuro, pensamentos sobre morte, auto-agressão, etc.

.....

.....

.....

.....

M2H3) Durante as **últimas 4 semanas**, quanto tempo ele/a passou deste jeito?

.....

.....

.....

.....

M2H4) Durante as **últimas 4 semanas**, quão graves eram as dificuldades quando elas estavam piores?

.....

.....

.....

.....

M2H5) Quando começou este episódio de tristeza (estar “para baixo”), irritabilidade ou perda de interesse?

.....

.....

.....

.....

93

M2H6) O que você acha que provocou (desencadeou) este episódio?

.....

.....

.....

.....

M2H7) Ele/a já teve episódios semelhantes no passado? Se sim, por favor descreva.

.....

.....

.....

.....

M2H8) Ele/a já teve episódios no passado quando ficou com o humor “para cima” (eufórico) ao invés de “para baixo”? Se sim, por favor descreva.

.....

.....

.....

.....

M2H9) O humor ou perda de interesse está interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

94

M2H10) Você já tentou fazer algo sobre o humor dele/a ou a perda de interesse? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

M2H2: Auto-Agressão (Se M1H4 foi assinalado para comportamentos auto-agressivos, pergunte:)

M2H11) Ajudaria se você pudesse falar um pouco mais sobre quando [nome] feriu-se ou machucou-se deliberadamente (por intenção própria), ou falou sobre isto.

.....

.....

.....

.....

Seção S Mudanças rápidas de humor/ Humor exageradamente “pra cima” ou eufórico/a

S1 Mudanças rápidas de humor

Alguns crianças (jovens) têm o humor razoavelmente estável, enquanto outros têm mudanças rápidas e/ou bem definidas do mesmo, com muitos altos e baixos. Por exemplo, podem passar “pra cima” ou muito eufóricos para muito tristes ou irritados, podendo voltar ao mesmo jeito de antes rapidamente.

[Nome] tem mudanças de humor rápidas ou bem definidas?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
↓ S4	S2	

95

S2 As mudanças de humor dele/a são geralmente:

- a) **rápidas?** – mudando de humor a cada minuto
- b) **marcadas?** – p.ex. indo de muito triste para muito alegre
- c) **imprevisíveis?** – acontecendo “do nada” ou “por pequenos eventos”
- d) **frequêntes?** – muitas vezes ao dia

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1

- S3 Quando [Nome] esta, por exemplo, muito alegre, muito nervoso ou muito triste este sentimento dura por quanto tempo?

Minutos	Horas	Maior parte do dia ou mais
0	1	2

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10 – EM S4 E S5

S4 Humor exageradamente “pra cima” ou eufórico/a

Algumas crianças (jovens) têm episódios nos quais ficam “pra cima” ou eufóricos/a. Durante esses episódios eles podem ficar exageradamente animados, cheios de energia, mais acelerados, falando rápido, fazendo muitas coisas ao mesmo tempo, como brincadeiras ou precisando dormir menos. Esses episódios chamam atenção porque o jovem fica diferente de como é normalmente

[Nome] já se sentiu exageradamente “pra cima” ou eufórico/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
↓ Pule para a seção J “Atividade e Atenção”	S5	

S5 As próximas perguntas pedem para você comparar como [Nome] está quando “pra cima” ou eufórico/a com como é normalmente
Quando ele/a esta “pra cima” ou eufórico/a ele/a fica?

	Não	Um pouco	Muito
a) Mais alegre que o normal	0	1	2
b) Falando mais rápido que o normal	0	1	2
c) Mais ativo que normalmente	0	1	2
d) Consegue terminar suas tarefas mais rápido que o normal	0	1	2
e) Mais barulhento que o normal	0	1	2
f) Mais propenso a gastar todo seu dinheiro assim que o recebe	0	1	2
g) Capaz de dormir menos que o normal e não estar cansado no dia seguinte	0	1	2
h) Inquieto, incapaz de manter-se parado	0	1	2
i) Com comportamento ou fala sexualizados	0	1	2
j) Mudando de planos ou atividades constantemente	0	1	2
k) Cheio de energia	0	1	2
l) Mais propenso a "puxar" conversa com estranhos	0	1	2
m) Mais excitável que o normal	0	1	2
n) Menos preocupado quando esta em apuros	0	1	2
o) Mais propenso a invadir a o espaço dos outros (ex.: chegando muito perto para conversar, mesmo com estranhos)	0	1	2
p) Muito auto confiante, com pensamentos grandiosos sobre si mesmo.	0	1	2
q) Mais capaz de se colocar em situações graves de risco	0	1	2
r) Brincando e rindo mais que o normal	0	1	2
s) Mais expansivo, sociável e conversador que o normal.	0	1	2
t) Mais irritável, com mais explosões de raiva (que podem levar a briga ou discussões)	0	1	2
u) Distraído mais facilmente com coisas acontecendo ao seu redor	0	1	2
v) Menos capaz de parar de fazer coisas que ele/a gosta mesmo sabendo que não deveria estar fazendo	0	1	2
w) Menos capaz de se concentrar	0	1	2
x) “Mandão” com as outras pessoas	0	1	2
y) Menos preocupado com sua aparência (roupas, cabelo, etc.)	0	1	2
z) Dificil de acompanhar o que ele/a esta falando porque muda de assunto muito rapidamente	0	1	2

Se em qualquer pergunta de um dos itens de S5 foi respondido “muito”, então assinale “Sim” em M1S para mudanças rápidas no humor em M1 continue com S6. Caso contrário, pule para a seção J “Atividade e Atenção”

- S6 Algumas vezes as crianças (jovens) ficam tão exageradamente “pra cima” ou eufóricos que as coisas saem do controle de forma grave.

Durante um destes episódios em que ele/a ficou “pra cima” ou eufórico/a ele/a já...

- a) Viu coisas que não estavam realmente lá
- b) Ouviu sons ou vozes que não estavam realmente lá
- c) Acreditou que ele/a tinha poderes especiais
- d) Fez coisas que depois ele/a se arrependeu profundamente

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1

97

- S7 Quanto tempo em média duram estes episódios nos quais [Nome] fica “pra cima” ou eufórico/a?

Menos de uma hora	Menos que um dia	1-3 dias	4-6 dias	Uma semana ou mais
0	1	2	3	4

- S8 Às vezes ele/a fica muito “pra cima” ou eufórico/a e “pra baixo” quase ao mesmo tempo?

Não	Sim
0	1

- S9 [Nome] ficou “pra cima” ou eufórico/a nas últimas 4 semanas?

Não	Sim
0	1
↓	↓
S11	S10

- S10 Durante as últimas 4 semanas o episódio em que ficou “pra cima” ou eufórico/a durou?

Menos de 4 dias	4-6 dias	Uma semana ou mais
0	1	2

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

S11 Quanto estes episódios nos quais ele/a fica “pra cima” ou eufórico/a têm interferido no/as ...

a) Dia-a-dia em casa?

b) Amizades?

c) Aprendizado escolar?

d) Atividades de lazer?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

S12 Estes episódios nos quais ele/a fica “pra cima” ou eufórico/a são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2S: Mudanças rápidas de humor/ Humor exageradamente “pra cima” ou eufórico/a (Se MIS foi assinalado para comportamentos auto-agressivos, pergunte:)

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2S1) Por favor, descreva como [Nome] fica durante os episódios nos quais ele/a fica “pra cima” ou eufórico/a

99

M2S2) Com qual frequência estes episódios acontecem?

M2S3) Quanto tempo durou o maior e o menor destes episódios que ele/a já teve?

M2S4) Quão graves estes episódios podem chegar a ser?

M2S5) Qual era a idade dele/a quando eles começaram?

.....

.....

.....

.....

100

M2S6) Esses episódios estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se, sim, como?

.....

.....

.....

.....

M2S7) Você já tentou fazer algo sobre estes episódios nos quais ele/a fica “pra cima” ou eufórico/a?
Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção J Atenção e Atividade

Esta seção da entrevista é sobre o nível de atividade e de concentração de [Nome] durante os **últimos 6 meses**. Quase todas as crianças são “hiperativas” ou perdem a concentração às vezes, mas o que eu gostaria de saber é como [Nome] é comparado/a a outras crianças da mesma idade. Eu estou interessado(a) em saber como [Nome] é geralmente, e não em um dia fora da rotina.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C12 – DE J2 A J4

101

J2 Eu gostaria de fazer algumas perguntas mais detalhadas sobre como [Nome] tem se comportado durante os **últimos 6 meses**. Eu vou começar com questões sobre o quanto ativo ele/a tem sido.

	Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
a) Ele/a é inquieto/a?	0	1	2
b) É difícil para ele/a ficar sentado/a por muito tempo?	0	1	2
c) Ele/a fica correndo ou subindo em cima das coisas quando não deveria?	0	1	2
d) É difícil para ele/a brincar ou participar de atividades de lazer sem fazer muito barulho?	0	1	2
e) Quando ele/a está correndo ou brincando de forma agitada é difícil de ser acalmado?	0	1	2

J3 O próximo grupo de perguntas é sobre impulsividade.

	Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
a) Ele/a freqüentemente responde rapidamente sem chegar a ouvir a pergunta até o fim?	0	1	2
b) É difícil para ele/a esperar a sua vez em atividades de grupo ou na sala de aula?	0	1	2
c) Ele/a freqüentemente intromete-se na conversa ou na brincadeira dos outros?	0	1	2
d) Ele/a freqüentemente continua falando mesmo se lhe pedirem para parar, ou se ninguém estiver ouvindo?	0	1	2

J4 O próximo grupo de perguntas é sobre atenção.

Durante os **últimos 6 meses**, e comparado a outras crianças da mesma idade...

	Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
a) Ele/a freqüentemente faz coisas erradas por falta de cuidado ou por não conseguir prestar atenção?	0	1	2
b) Ele/a freqüentemente parece perder o interesse no que está fazendo?	0	1	2
c) Ele/a freqüentemente não ouve o que as pessoas lhe falam?	0	1	2
d) Ele/a freqüentemente não termina um trabalho de maneira apropriada por pressa ou por já ter iniciado outra tarefa?	0	1	2
e) É difícil para ele/a organizar-se para fazer alguma coisa?	0	1	2
f) Ele/a freqüentemente tenta livrar-se de coisas nas quais ele tenha que pensar para fazer, como dever de casa?	0	1	2
g) Ele/a freqüentemente perde coisas que seriam necessárias para a escola ou outras atividades?	0	1	2
h) Ele/a distrai-se facilmente?	0	1	2
i) Ele/a freqüentemente se esquece de coisas?	0	1	2

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10

J5 A professora de [Nome] queixou-se durante os **últimos 6 meses** de problemas com:

	Não	Um pouco	Muito
a) Inquietação, impaciência ou hiperatividade	0	1	2
b) Pouca concentração ou fácil distração	0	1	2
c) Agir sem pensar no que está fazendo, intrometer-se, não esperar a sua vez	0	1	2

Se dois ou mais dos itens em J2 OU J3, OU J4 tiverem sido respondidos com “Muito mais que os outros”, então assinale M1J para Hiperatividade na lista de checagem em M1 e continue com J6. Caso contrário, pule para seção K “Comportamento desagradáveis e difíceis”

- J6 As dificuldades de [Nome] com atividade ou concentração estão presentes por, no mínimo, **6 meses**?

Não	Sim
0	1

- J7 Quantos anos ele/a tinha quando estas dificuldades com atividade ou concentração começaram?
(Se sempre ou desde o nascimento, marque "0")

	anos
--	------

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

103

- J8 Quanto as dificuldades com atividade ou concentração aborreceram ou incomodaram ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

- J9 Quanto as dificuldades dele/a com atividade ou concentração têm interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
b) Amizades
c) Aprendizado escolar
d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

- J10 Estas dificuldades com atividade ou concentração são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2J: Atenção e Atividade *(Se M1J foi assinalado para hiperatividade, pergunte:)*

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2J1) Por favor, descreva as dificuldades que [nome] tem sobre hiperatividade, falta de atenção ou impulsividade.

.....

.....104

.....

.....

M2J2) Com qual frequência o grau de agitação dele/a ou a falta de atenção geram dificuldades?

.....

.....

.....

.....

M2J3) Quão graves são as dificuldades quando elas estão piores?

.....

.....

.....

.....

M2J4) Há quanto tempo ele/a tem estado assim?

.....

.....

.....

.....

M2J5) A agitação ou a falta de atenção estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

M2J6) Você já tentou fazer algo sobre a agitação ou a falta de atenção dele/a? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença. **105**

.....

.....

.....

.....

Seção K Comportamentos Desagradáveis e Difíceis

Esta próxima seção da entrevista é sobre comportamento. Quase todas as crianças são desagradáveis e difíceis em alguns momentos – não fazendo o que lhes é dito, ficando irritadas ou incomodando aos outros de propósito, tendo crises de birra e assim por diante. O que eu gostaria de saber é como [Nome] é comparado/a com outras crianças da mesma idade. Eu estou interessado(a) em saber como [Nome] é geralmente, e não em um dia fora da rotina.

K1 Pensando em relação aos **últimos 6 meses**, como é o comportamento de [Nome] comparado ao de outras crianças da mesma idade?

Menos inadequado ou difícil que os outros	Como os outros	Mais inadequado ou difícil que os outros
0	1	2

106

Se K1="mais inadequado ou difícil que os outros" ou se pontos para conduta (SDQ) for MAIOR OU IGUAL 3, então continue. Caso contrário, pule para seção P "Peso".

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C12

Algumas crianças são desagradáveis ou irritantes com apenas uma pessoa - talvez com você ou com algum irmão ou irmã. Outras crianças são problemáticas com vários adultos ou crianças. As perguntas seguintes são sobre [Nome] em geral, e não somente sobre seu comportamento com relação a uma pessoa específica.

- K2 Durante os **últimos 6 meses** e comparado a outras crianças da mesma idade,
- a) Ele/a teve crises de raiva com frequência?
 - b) Ele/a discutiu com adultos frequentemente?
 - c) Com frequência, não obedeceu ordens ou recusou-se a fazer o que pediam?
 - d) Com frequência, ele/a pareceu fazer coisas para irritar outras pessoas propositalmente?
 - e) Culpou outras pessoas pelos seus próprios erros ou maus comportamentos com frequência?
 - f) Esteve sensível e irritava-se facilmente com frequência?
 - g) Frequentemente ficou bravo/a e magoado/a?
 - h) Foi malvado/a com frequência?
 - i) Frequentemente tentou se vingar dos outros?

Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se em qualquer um dos itens em K2 a resposta for "Muito mais que os outros", então assinale "Sim" para MIK1 para Comportamento Desagradável na lista de checagem em M1 e continue com K3.

Caso

contrário, pule para K8

K3 Durante os **últimos 6 meses**, as professoras de [Nome] reclamaram de problemas com este tipo de comportamento em classe?

Não	Só um pouco	Definitivamente
0	1	2

K4 [Nome] tem tido este comportamento inadequado ou difícil por, no mínimo, **6 meses**?

Não	Sim
0	1

107

K5 Quantos anos ele/a tinha quando este tipo de comportamento inadequado ou difícil começou?

(Se sempre ou desde o nascimento, marque "0")

	anos
--	------

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

K6 Quanto este comportamento inadequado ou difícil tem interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
a)	0	1	2	3
b)	0	1	2	3
c)	0	1	2	3
d)	0	1	2	3

K7 Este comportamento inadequado ou difícil é um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Continue em K8.

Comportamentos que, às vezes, colocam as crianças em situações difíceis.

K8 Agora eu vou perguntar sobre comportamentos que, às vezes, colocam as crianças em situações difíceis, incluindo comportamentos perigosos, agressivos ou anti-sociais. Por favor, responda pensando no comportamento de [Nome] durante os **últimos 6-12 meses**.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C14

	Pelo que você sabe, nos últimos 6 a 12 meses...	Não	Talvez	Verdadeiro nos últimos 6 meses	Foi verdadeiro de 7 a 12 meses atrás, mas <u>não</u> é mais desde então
a	Com frequência, ele/a mente para conseguir o que quer ou para se livrar de algum problema?	0	1	2	3
b	Ele/a inicia brigas com frequência? (<i>Que não com os irmãos</i>)	0	1	2	3
c	Ele/a maltrata pessoas frequentemente?	0	1	2	3
d	Ele/a fica fora de casa até muito mais tarde do que deveria frequentemente?	0	1	2	3
e	Frequentemente, ele/a rouba coisas de casa, de outras pessoas, de lojas ou da escola? (Não considere coisas de valor trivial como roubar um lápis do irmão)	0	1	2	3
f	Ele/a já fugiu de casa mais de uma vez ou já ficou fora de casa a noite toda sem permissão?	0	1	2	3
g	Ele/a mata aulas com frequência?	0	1	2	3

108

Se em qualquer um dos itens em K8 a resposta for “Verdadeiro nos últimos 6 meses”, então assinale “Sim” em M1K2 para Comportamento Difícil na lista de checagem em M1

K9 *Se 13 anos ou mais e “verdadeiro nos últimos 6 meses” para matou aulas no último ano, faça a pergunta seguinte. Caso contrário pule para a regra de continuação de K10*

Ele/a começou a matar aulas antes dos 13 anos?

Não	Sim
0	1

K10 *Somente continue se Comportamentos Desagradáveis ou Difíceis tiverem sido marcados nos quadrados na lista de checagem em M1. Caso contrário, pule para seção P “Peso”*

Eu gostaria de perguntar-lhe agora sobre uma lista de comportamentos menos comuns. Eu tenho que fazer todas as perguntas para todas as pessoas, mesmo que elas provavelmente não se apliquem.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C14

	Pelo que você sabe, algumas das seguintes coisas aconteceu ao menos uma vez durante os últimos 6 a 12 meses...	Não	Talvez	Verdadeiro nos últimos 6 meses	Foi verdadeiro de 7 a 12 meses atrás, mas não é mais desde então
a	Ele/a usou uma arma ou algo que possa ter ferido alguém?	0	1	2	3
b	Ele/a já machucou alguém ou foi fisicamente cruel? (ex. amarrou, cortou ou queimou alguém)	0	1	2	3
c	Ele/a já foi cruel com pássaros ou animais?	0	1	2	3
d	Ele/a já começou um incêndio propositadamente? (Isto se aplica apenas se ele/a teve a intenção de causar um grave dano. Esta pergunta não é sobre fazer fogueiras ou colocar fogo em alguns papéis)	0	1	2	3
e	Ele/a já destruiu algo de outra pessoa propositadamente? (Esta pergunta não é sobre pôr fogo em alguma coisa ou destruir algo como o desenho da irmã. A pergunta é sobre atos de vandalismo, como quebrar janelas de carros ou vandalismo na escola)	0	1	2	3
f	Ele/a já esteve envolvido em roubos nas ruas, p. ex. roubar rádio de carro ou dinheiro de alguém?	0	1	2	3
g	Ele/a já forçou alguém a ter atividade sexual contra a vontade?	0	1	2	3
h	Ele/a já arrombou alguma casa, prédio ou carro?	0	1	2	3

Se em qualquer um dos itens em K10 a resposta for “Verdadeiro nos últimos 6 meses”, então assinale “Sim” em M1K2 para Comportamento Difícil na lista de checagem em M1

K11 Os professores de [Nome] reclamaram de problemas devido a este tipo de comportamento durante os **últimos 6 meses**?

Não	Sim
0	1

K11AA Estes comportamentos difíceis estiveram presentes por, no mínimo, **6 meses**?

Não	Sim
0	1

110

K11A Alguma vez ele/a já teve problemas com a polícia? *(Descreva)*

Não	Sim
0	1

Se K11a = "Sim", então assinale "Sim" em M1K3 para "Problema com a Polícia" na lista de checagem em M1 e continue.

Se Comportamento Difícil tiver sido marcado na lista de checagem em M1, então continue. Caso contrário, pule para seção P "Peso"

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

K12 Quanto que o comportamento difícil de [Nome] tem interferido no/as...

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

a) Dia-a-dia em casa

b) Amizades

c) Aprendizado escolar

d) Atividades de lazer

K13 O comportamento difícil dele/a é um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2K: Comportamentos Desagradáveis e Díficeis *(Se M1K foi assinalado para comportamentos desagradáveis ou díficeis, pergunte:)*

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2K1) Por favor, descreva os comportamentos desagradáveis ou díficeis de [Nome].

.....

.....

.....

.....

111

M2K2) Com qual frequência estes comportamentos levam a dificuldades?

.....

.....

.....

.....

M2K3) Quão graves são as dificuldades quando elas estão piores?

.....

.....

.....

.....

M2K4) Há quanto tempo ele/a tem estado assim?

.....

.....

.....

.....

M2K5) Estes comportamentos desagradáveis ou difíceis estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

112

M2K6) Você já tentou fazer algo sobre o comportamento difícil dele/a? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção P Alimentação, Peso e Forma Corporal

P1	Não	Sim
a) O/A [Nome] já se achou gordo/a, mesmo quando as pessoas diziam a ele/a que ele/a estava <i> muito </i> magro/a?	0	1
b) O/A [Nome] ficaria envergonhado/a se as pessoas soubessem o quanto ele/a come?	0	1
c) O/A [Nome] já provocou vômito (de propósito)?	0	1
d) Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer, atrapalha muito a vida dele/a?	0	1
e) Se o/a [Nome] come demais, ele/a se culpa muito?	0	1

113

Se dois ou mais dos itens em P1 tiverem sido respondidos com "Sim", então continue. Caso contrário, pule para seção Q "Tiques"

P2a	Qual a altura do/a [Nome]? (mais ou menos)	<input type="text"/>	cms
P2b	Quanto o/a [Nome] pesa hoje em dia? (mais ou menos)	<input type="text"/>	kg
P2c	Qual foi o menor peso dele/a nos últimos doze meses?	<input type="text"/>	kg
P2d	Qual o maior peso que ele/a já teve? (<i>exceto na gravidez</i>)	<input type="text"/>	kg

P3	Você descreveria o/a [Nome] hoje em dia como muito magro/a, magro/a, normal, gordinho/a ou gordo/a?	<table><tr><td>Muito magro/a</td><td>Magro/a</td><td>Normal</td><td>Gordinho/a</td><td>Gordo/a</td></tr><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table>					Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a	0	1	2	3	4
		Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a										
		0	1	2	3	4										
<div><div></div><div>P4</div></div> <div><div></div><div>Vá direto para P5</div></div>																

- P4 Comparando como ele/a está este ano com como ele/a foi nos anos anteriores, você diria que ele/a ...

Era ainda mais magro/a nos anos anteriores	Sempre foi magro/a assim	Está um pouco mais magro/a este ano que nos anos anteriores	Está muito mais magro/a este ano que nos anos anteriores
0	1	2	3

- P5 Hoje, o/a próprio/a [Nome] se descreveria como muito magro/a, magro/a, normal, gordinho/a ou gordo/a?

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
0	1	2	3	4

114

Se P3 = "Muito magro/a" ou P5 = "Muito magro/a", então assinale "Sim" em M1P1 para "Muito magro/a" na lista de checagem em M1 e continue

- P6 Você ou outras pessoas – resto da família, um amigo, um médico – têm estado muito preocupados que o peso do/a [Nome] esteja atrapalhando a saúde física dele/a?

Não	Sim
0	1

- P7 O que o/a [Nome] pensa? Ele/a acha que o peso dele/a tem atrapalhado a saúde física dele/a?

Não	Sim
0	1

- P8 O/A [Nome] tem medo de ganhar peso ou ficar gordo/a?

Não	Um Pouco	Muito
0	1	2
P10		P9

- P9 A idéia de ganhar peso ou ficar gordo apavora o/a [Nome] de verdade?

Não	Sim
0	1

- P10 Se o médico dissesse a ele/a que teria que ganhar dois quilos, seria fácil, difícil ou impossível o/a [Nome] aceitar isso?
(Se a criança tem problemas físicos que torna difícil para ela ganhar peso, a pergunta é se ela tentaria ganhar peso e não se ela conseguiria de fato.)

Fácil	Difícil	Impossível
0	1	2

- P11 O/A [Nome] tenta não comer coisas que engordam?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

115

P13

P12

- P12 E ele/a consegue?
(evitar comidas que engordam)

Nunca	Algumas vezes	A maior parte das vezes	Sempre
0	1	2	3

- P13 O/A [Nome] gasta muito tempo pensando em comida?

Não	Sim
0	1

- P14 Algumas pessoas contam que elas têm um desejo muito grande por comida, e que este desejo é tão difícil de resistir, que é como um dependente de álcool ou drogas se sente em relação a álcool ou drogas.

- O/A [Nome] se sente assim em relação à comida?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Se P9 = "Sim" ou P10 = "Impossível" ou P14 = "Muito", então assinale "Sim" em MIP2 para "Se preocupa com peso e comida" na lista de checagem em M1 e continue.

- P15 Algumas pessoas perdem o controle sobre o que comem e aí comem muita comida em pouco tempo. Por exemplo, elas podem abrir a geladeira e comer tudo que elas encontram pela frente, comendo tanto que chegam a se sentir mal fisicamente. Isso costuma acontecer quando estas pessoas estão sozinhas.

- Isso aconteceu ou acontece com o/a [Nome]?

Não	Sim
0	1

- P18 Assinale "Sim" em MIP3 para "Perder o Controle" na lista de checagem em M1 e Continue em P16

P16 Nos últimos três meses, mais ou menos, isso aconteceu ...

Não aconteceu	Ocasionalmente	Uma vez por semana	Duas vezes por semana ou mais
0	1	2	3

P17 Quando isso acontece, o/a [Nome] tem a sensação de perder o controle do que ele/a come?

Não	Sim
0	1

116

P17a) Por favor, descreva o que e quanto o/a [Nome] come durante uma situação em que ele/a come muito.

.....

.....

.....

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C-15

P18 Para não ganhar peso nos últimos 3 meses o/a [Nome] ...

(Quando a resposta for "não", cheque se a criança tenta, mas não tem permissão)

- a) Come menos nas refeições
- b) Pula refeições
- c) Fica sem comer por várias horas, Como, por ex., o dia todo ou a maior parte do dia
- d) Esconde ou joga fora alimentos que outras pessoas dão para ele/a
- e) Faz mais exercício
- f) Provoca vômitos
- g) Toma remédios com a idéia de perder peso

Descreva:

- h) Faz outras coisas (por ex., não tomar insulina sendo diabético/a). Descreva:

.....

.....

Não	Tenta, mas não tem permissão	Um pouco	Muito
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

Se a resposta para qualquer um dos itens de P18 foi "Muito", assinale "Sim" em M1P4 para "Evita ganho de peso" na lista de checagem em M1. Se "Perda de controle" está assinalado na lista de checagem, então siga com a questão P19. Caso contrário, vá direto para P20 para as meninas ou P26 para os meninos

P19 Você me contou minutos atrás sobre momentos em que o/a [Nome] perde o controle e come muito. Depois que isso acontece, ele/a costuma (reduzir o que come/ fazer exercícios/ vomitar/ tomar remédios) para evitar engordar?

Não	Sim
0	1

Em meninos, vá direto para P26

P20 A [Nome] menstruou nos últimos três meses?

Não	Sim
0	1

117

P21

P22

P21 A [Nome] já teve alguma menstruação?

Não	Sim
0	1

P26

P23

P22 A [Nome] está tomando pílulas ou injeções hormonais? (incluindo contraceptivos)

Não	Sim
0	1

Siga com P23 em todos os casos

P23) Por favor, descreva como as menstruações da [Nome] têm sido em geral e como elas têm sido recentemente.

.....

.....

.....

Se P20 foi "Não" e P21 foi "Sim", pergunte:

P24) Por que você acha que a [Nome] não menstruou nos últimos três meses?

.....

.....

.....

Se P22 foi “Sim”, pergunte:

P25) Por favor, descreva que efeitos pilulas ou injeções hormonais têm nas menstruações da [Nome].

.....

.....

.....

P26 Regra para pular questões antes de começar a P26: Se “Muito magro/a”, “Preocupa-se com peso e comida”, “Perda de Controle” ou “Evita ganho de peso” foram assinalados na lista de checagem em M1, então siga adiante. Caso contrário, pule para a seção Q

118

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

Você me falou sobre a forma como o/a [Nome] come e sobre o peso dele/a. Quanto você acha que essas coisas incomodam ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

P27 O quanto a forma como o/a [Nome] come ou a sua preocupação com seu peso tem interferido no/as ...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

P28 Essas coisas são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2P: Alimentação, peso e forma corporal (Se a lista de checagem em M1 foi assinalada para “Muito magro/a”, “Preocupa-se com peso e comida”, “Perda de Controle” ou “Evita ganho de peso”, pergunte:)

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2P1) Por favor, descreva as dificuldades que o/a [Nome] tem hoje com a comida, peso ou forma do corpo.

119

M2P2) As dificuldades com a comida ou com o peso são por causa de alguma doença? Se sim, que doença?

M2P3) Quando esses problemas começaram?

M2P4) Pensando num dia típico, por favor, me conte sobre o que o/a [Nome] come, o que ele/a evita comer, limites de calorias ou regras que ele/a usa para decidir o que come.

.....

.....

.....

.....

120

M2P5) A forma como o/a [Nome] come ou a preocupação dele/a com o próprio peso tem afetado outros aspectos da vida dele/a? Por exemplo, diminuído o interesse dele/a por coisas que pessoas da idade dele/a gostam, ou atrapalhado seu relacionamento com a família ou com os amigos?

.....

.....

.....

.....

M2P6) Você, outros familiares ou o/a [Nome] procuraram médico ou psicólogo para ajudar o/a [Nome] com a comida ou com o peso? Se sim, o que foi dito para ele/a? Ajudou o/a [Nome]?

.....

.....

.....

.....

M2P7) Recentemente, o/a [Nome] tem tido algum problema médico relacionado com a forma como ele/a come, com o peso dele/a, ou com as formas que ele/a alterou o peso dele/a? (Incluir sangramentos após vomitar, desmaios, fraqueza excessiva, intestino preso, procura por Pronto-Socorro, problemas nos dentes, etc)

.....

.....

.....

.....

Seção Q Tiques

- Q1 Nos últimos 12 meses, o/a [Nome] tem apresentado algum tique que ele/a parecia não controlar - como piscar muito os olhos, fazer caretas, enrugar o nariz ou balançar a cabeça?

Não	Sim
0	1

- Q2 Nos últimos 12 meses, o/a [Nome] apresentou algum tique **sonoro** que ele/a parecia não controlar - como tossir, limpar a garganta ou fungar excessivamente?

Não	Sim
0	1

121

Se Q1 = "Sim" ou Q2 = "Sim", então continue. Se ambos são "Não", então pule para seção L "Outras preocupações".

- Q3 O que os médicos chamam de "tiques motores" são movimentos repetitivos e rápidos que acontecem de repente, que seguem mais ou menos o mesmo padrão toda vez e que ocorrem sem a pessoa realmente querer.

Pensando em toda a vida do/a [Nome], ele/a alguma vez apresentou algum(s) dos seguintes movimentos repetitivos?

- a) Piscar excessivo dos olhos
- b) Levantar as sombrancelhas
- c) Apertar os olhos (olhar com as pálpebras parcialmente fechadas)
- d) Mover os olhos para cima, para baixo e para os lados
- e) Enrugar o nariz
- f) Abrir as narinas
- g) Fazer bico com a boca (como se fosse dar um beijo)
- h) Abrir a boca amplamente
- i) Balançar a cabeça
- j) Fazer caretas
- k) Encostar o queixo no ombro
- l) Esticar o pescoço
- m) Balançar os ombros (subir e descê-los)
- n) Movimentos súbitos de um braço ou uma perna
- o) Outros tiques motores (*Descreva*):.....

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

Se em qualquer um dos itens em Q3 a resposta for "Sim", assinale "Sim" em MIQ1 para Tiques Motores na lista de checagem em M1 e continue nas questões seguintes, caso contrário, pule para Q6.

Q4 Algumas vezes, alguns movimentos que parecem tiques são mais tarde explicados por outros motivos. Por exemplo, algumas crianças apertam os olhos porque elas necessitam usar óculos. De forma semelhante, algumas crianças têm problemas com o nariz e com os olhos por causa da alergia ao pó.

Você acredita que algum ou todos os movimentos do/a [Nome] podem ser causados por outros motivos?

Não	Sim
0	1
↓ Q6	↓ Q5

122

Q5 Por favor, descreva os outros motivos que podem ter causado estes movimentos do/a [Nome].

.....

.....

.....

Q6. Agora nós vamos mudar de tiques motores para tiques vocais. Esses sons vêm da boca, do nariz ou da garganta. Eles são súbitos e rápidos, eles seguem mais ou menos o mesmo padrão o tempo todo e podem ocorrer sem a pessoa realmente desejar que eles ocorram.

Pensando em toda a vida do/a [Nome], ele/a já apresentou algum tipo de tique envolvendo algum dos seguintes tipos de sons repetitivos?

a) Limpar a garganta

b) Fungar excessivamente

c) Tossir como um hábito

d) Fazer o barulho de engolir

e) Dar gritos muito agudos

f) Fazer pequenos sons, como 'Ah', 'Eh', 'Iii'

g) Ruídos de aspiração com a boca

h) Arrostar, não somente quando está comendo ou bebendo

i) Falar uma palavra repetidas vezes, fora de contexto

j) Dizer palavrões sem querer e sem ser perturbado/a

k) Outros tiques vocais (*Descreva*):.....

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

Se em qualquer um dos itens em Q6 a resposta for "Sim", então assinale "Sim" em M1Q2 Tique

Vocal na lista de checagem em M1 e continue nas questões seguintes. Caso contrário, pule para Q9.

- Q7 Algumas vezes, alguns sons que parecem tiques são mais tarde explicados por outros motivos. Por exemplo, algumas crianças limpam a garganta quando estão nervosas ou tosse muito, porque estão com a garganta inflamada, por causa de um resfriado ou de uma alergia.

Você pensa que algum ou todos os sons do/a [Nome] pode(m) ter sido causado(s) por outros motivos?

Não	Sim
0	1
↓	↓
Q9	Q8

123

- Q8 Por favor, descreva que outros motivos podem ter causado estes sons do/a [Nome].

.....

.....

.....

Regra antes da questão 9:

Somente continue se Tique Motor ou Tique Vocal tiver sido assinalado na lista de checagem em M1. Caso contrário, pule o resto dessa seção.

- Q9 Os tiques vão embora quando ele/a está dormindo?

Não	Sim
0	1

- Q10 Os tiques, algumas vezes, pioram quando ele/a relaxa, por ex., enquanto assiste televisão ou depois de um dia na escola?

Não	Sim
0	1

- Q11 Se o/a [Nome] tentar de verdade, ele/a pode fazer com que os tiques parem?

Não	Sim
0	1
↓	↓
Q13	Q12

- Q12 Se ele/a usa a força de vontade dele/a para manter os tiques sob controle por um tempo, ele/a tem um rebote mais tarde? Por ex tem poucos tiques na presença de visitas, mas depois tem uma explosão de tiques quando as visitas vão embora?

Não	Sim
0	1

- Q13 Quantos anos ele/a tinha quando os primeiros tiques começaram?
(Se sempre ou desde o nascimento, marque "0")

	anos
--	------

- Q14 A seguir, vou perguntar sobre as semanas ruins para os tiques. Quando eu falo de uma semana ruim para os tiques, eu me refiro àquela semana quando os tiques estão ocorrendo muitas vezes ao dia, na maioria ou em todos os dias daquela semana

No último ano, o/a [Nome] teve alguma semana ruim para os tiques?

(Opcional:) Só para lembrar que a pergunta se refere a pelo menos uma semana em que ele/a teve tiques muitas vezes ao dia, na maioria ou em todos os dias daquela semana.

Não	Sim
0	1

↓
Vá para a
próxima
seção

↓
Q15

- Q15 Quando o/a [Nome] começou a ter semanas ruins para tiques pela primeira vez?

Há menos de um mês atrás	1-11 meses atrás	Pelo menos há um ano
0	1	2

↓
Q21

↓
Q16

- Q16 No último ano, aproximadamente, quantas semanas foram semanas ruins para tiques?

Bem menos que a metade delas	Cerca de metade delas	Bem mais que a metade delas	Todas ou aproximadamente todas elas
0	1	2	3

- Q17 No último ano, o/a [Nome] chegou a ter um período de pelo menos 4 semanas seguidas que foram semanas ruins para tiques?

Não	Sim
0	1

↓
Q19

↓
Q18

- Q18 As últimas 4 semanas foram semanas ruins para tiques?

Não Sim

0	1

Q19 Algumas crianças têm tiques toda semana - apesar de o padrão e o número de tiques não ser necessariamente o mesmo em cada semana.

Outras crianças/jovens têm semanas ou meses em que os tiques desaparecem por completo.

No último ano, o/a [Nome] teve algum período sem tiques que durou semanas ou meses?

Não	Sim
0	1
↓ Q21	↓ Q20

125

Q20 Qual o período mais longo sem tique nesse ano?

Até 2 meses	3 meses	Mais de 3 meses
0	1	2

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C11

Q21 Quanto que os tiques incomodam ou aborrecem ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Q22 Os tiques dele/a têm interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

Q23 Os tiques têm sido um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

M2Q: Tiques *(Se M1H foi assinalado para tiques motores ou vocais, pergunte:)*

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2Q1) Por favor, descreva os tiques do/a [Nome] com as suas próprias palavras.

.....

.....

.....

.....

126

M2Q2) Com que frequência e quão graves os tiques são quando estão piores?

.....

.....

.....

.....

M2Q3) Quando e como eles começaram?

.....

.....

.....

.....

M2Q4) Os tiques estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

M2Q5) Você tentou fazer algo a respeito dos tiques? Se sim, por favor, descreva o que você tem tentado fazer, qualquer ajuda que tenha tido e se isso fez alguma diferença.

.....

.....

.....

.....

Seção L Outras Preocupações

L5 Além de todas as coisas que você já me falou, existe algum outro aspecto psicológico ou do desenvolvimento de [Nome] que realmente preocupe você?

Não	Sim
0	1

L6 Além de todas as coisas que você já me falou, existe algum outro aspecto psicológico ou do desenvolvimento de [Nome] que realmente preocupe os professores dele(a)?

Não	Sim
0	1

Se L5 = "Sim" ou se L6 = "Sim", então assinale "Sim" em M1L para Outras Preocupações na lista de checagem em M1 e continue.

M2L: Outras Preocupações *(Se M1L foi assinalado para outras preocupações, faça as perguntas que se aplicam:)*

[LEIA] Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2L5) Gostaríamos de ouvir mais sobre estas preocupações que você tem com [nome].

.....

.....

.....

.....

129

M2L6) Gostaríamos de ouvir mais sobre as preocupações que a professora tem sobre [nome].

.....

.....

.....

.....

[ENTREVISTADOR] FORNECER OPINIÃO ACERCA DA ENTREVISTA ABAIXO

M2X: A entrevista em geral

M2X1) Para terminar, gostaríamos de saber seus comentários finais como entrevistador/a sobre a entrevista em geral (por exemplo: dificuldade da mãe em entender ou responder as perguntas, ou falta de concentração da criança)

.....

.....

.....

.....

Seção N Capacidades

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C10

Já fiz várias perguntas sobre problemas e dificuldades. Agora eu gostaria de perguntar sobre os pontos positivos e as capacidades de [Nome]

N1	As descrições a seguir servem para ele(a)?	Não	Um pouco	Muito
a)	Generoso(a)	0	1	2
b)	Animado(a)	0	1	2
c)	Tem vontade de aprender	0	1	2
d)	Afetuosos(a)	0	1	2
e)	Confiável e responsável	0	1	2
f)	Fácil de lidar	0	1	2
g)	Divertido(a), com senso de humor	0	1	2
h)	Interessado em muitas coisas	0	1	2
i)	Carinhoso(a), bom-coração	0	1	2
j)	Se algo dá errado, levanta a cabeça e segue em frente	0	1	2
k)	Agradecido(a), dá valor ao que recebe	0	1	2
l)	Independente	0	1	2

N2	Quais são as coisas que ele/a faz que realmente lhe agradam?	Não	Um pouco	Muito
a)	Ajuda em casa	0	1	2
b)	Se dá bem com o resto da família	0	1	2
c)	Faz a lição de casa sem precisar ser lembrado(a)	0	1	2
d)	Atividades criativas: artes, interpretação, música, trabalhos manuais	0	1	2
e)	Gosta de estar envolvido(a) em atividades familiares	0	1	2
f)	Cuida da aparência	0	1	2
g)	Bom/Boa em trabalhos escolares	0	1	2
h)	Educado(a)	0	1	2
i)	Bom/boa em esportes	0	1	2
j)	Mantém o quarto arrumado	0	1	2
k)	Bom/boa com amigos	0	1	2
l)	Bem comportado(a)	0	1	2

N3 O/A [Nome] tem algum outro ponto positivo que você gostaria de mencionar?

.....

Seção 8 – CBCL

[LEIA] Agora vamos fazer uma checagem rápida de alguns sintomas que falamos acima. Você irá notar que algumas perguntas se repetem, não se preocupe. Trata-se apenas de uma nova abordagem.

[ENTREVISTADOR] INICIE O PROTOCOLO CBCL.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C16

CB1. Por favor, cite os esportes que seu/sua filho(a) mais gosta de praticar. Por exemplo: natação, futebol, andar de patins ou skate, andar de bicicleta etc.

() 0 Nenhum; () 1 Descreva abaixo

	Menos	Igual	Mais	NÃO SABE
CB1a: _____	() 1	() 2	() 3	() 99
CB1b: _____	() 1	() 2	() 3	() 99
CB1c: _____	() 1	() 2	() 3	() 99

Comparando com outras crianças da mesma idade, quanto tempo ele/ela dedica a cada um desses esportes?

	Menos	Igual	Mais	NÃO SABE
CB1a: _____	() 1	() 2	() 3	() 99
CB1b: _____	() 1	() 2	() 3	() 99
CB1c: _____	() 1	() 2	() 3	() 99

Comparando com outras crianças da mesma idade, como é o desempenho dele(a) em cada um desses esportes?

	Pior	Igual	Melhor	NÃO SABE/NA
CB2a: igual ao esporte de CB1A	() 1	() 2	() 3	() 99
CB2b: igual ao esporte de CB1B	() 1	() 2	() 3	() 99
CB2c: igual ao esporte de CB1C	() 1	() 2	() 3	() 99

CB2. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos favoritos do seu/sua filho(a) que não sejam esportes. Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, brincar de boneca, brincar de carrinho, ler, cantar, usar o computador, jogar video-game.

(Não incluir ouvir rádio ou ver televisão)

() 0 Nenhum; () 1 Descreva abaixo

	Menos	Igual	Mais	NÃO SABE
CB3a: _____	() 1	() 2	() 3	() 99
CB3b: _____	() 1	() 2	() 3	() 99
CB3c: _____	() 1	() 2	() 3	() 99

Comparando com outras crianças da mesma idade, como é o desempenho dele(a) em cada um dessas atividades?

	Pior	Igual	Melhor	NÃO SABE
CB4a: igual à atividade de CB3A	() 1	() 2	() 3	() 99
CB4b: igual à atividade de CB3B	() 1	() 2	() 3	() 99
CB4c: igual à atividade de CB3C	() 1	() 2	() 3	() 99

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C17

Comparando com outras crianças da mesma idade, como seu filho/filha:

	Pior	Igual	Melhor	NÃO SABE/NÃO SE APLICA
CB5a. ...se dá com os irmãos/irmãs?	() 1	() 2	() 3	() 99
CB5b. ...se dá com outras crianças ou adolescentes?	() 1	() 2	() 3	() 99
CB5c. ...se comporta em relação aos pais?	() 1	() 2	() 3	() 99
CB5d. ...brinca ou trabalha sozinho?	() 1	() 2	() 3	() 99

CB4. Comparando com outras crianças da mesma idade, como é o desempenho de seu filho nas matérias escolares?

	Insuficiente (abaixo da média exigida pela escola)	Pior	Igual	Melhor	NÃO SABE/NÃO SE APLICA
CB4a. Português ou Literatura	() 0	() 1	() 5	() 10	() 99
CB4b. História ou Estudos Sociais	() 0	() 1	() 5	() 10	() 99
CB4c. Matemática	() 0	() 1	() 5	() 10	() 99
CB4d. Ciências	() 0	() 1	() 5	() 10	() 99
CB4e. Geografia	() 0	() 1	() 5	() 10	() 99
CB4f. Inglês ou Espanhol (Língua estrangeira)	() 0	() 1	() 5	() 10	() 99
CB4f. Computação	() 0	() 1	() 5	() 10	() 99
CB4f. Biologia	() 0	() 1	() 5	() 10	() 99

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C18

[LEIA] Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem crianças e adolescentes. Para cada afirmação que descreve seu/sua filho(a) *neste momento ou nos últimos seis meses*. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicáveis a seu filho(a).

0 = Não é verdadeiro (tanto quanto sabe)			1 = Um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira	2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira
0	1	2	CL1. Comporta-se de maneira muito infantil para sua idade	CL33. Acha ou reclama que ninguém gosta dele(a)
0	1	2	CL2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais.	CL34. Acha que os outros o(a) perseguem
0	1	2	CL3. Argumenta muito para não fazer o que querem que ele faça	CL35. Sente-se sem valor ou inferior
0	1	2	CL4. Não termina as coisas que começa	CL36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes
0	1	2	CL5. Poucas coisas lhe dão prazer	CL37. Mete-se em muitas brigas
0	1	2	CL6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário	CL38. É alvo de muitas gozações
0	1	2	CL7. É convencido(a), conta vantagem	CL39. Anda em más companhias
0	1	2	CL8. Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo	CL40. Escuta sons ou vozes que não existem
0	1	2	CL9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões)	CL41. É impulsivo(a) ou age sem pensar
0	1	2	CL10. Não consegue parar sentado(a), não para quieto(a) ou é hiperativo	CL42. Prefere estar sozinho(a) do que ficar em companhia de outros
0	1	2	CL11. Fica grudado(a) nos adultos ou é muito dependente	CL43. Mentira ou engana os outros
0	1	2	CL12. Reclama de solidão	CL44. Rói as unhas
0	1	2	CL13. Fica confuso(a) ou desorientado(a)	CL45. É nervoso(a) ou tenso(a)
0	1	2	CL14. Chora muito	CL46. Tem movimentos repetitivos que não consegue parar (tiques)
0	1	2	CL15. É cruel com animais	CL47. Tem pesadelos
0	1	2	CL16. É cruel, intimidado ou faz maldade com outros	CL48. As outras crianças não gostam dele(a)
0	1	2	CL17. Vive no "mundo da lua" ou perde-se em seus pensamentos	CL49. Tem prisão de ventre, intestino preso
0	1	2	CL18. Machuca-se de propósito ou já tentou se matar	CL50. É muito medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	CL19. Exige que prestem muita atenção nele(a)	CL51. Tem torturas
0	1	2	CL20. Destroi suas próprias coisas	CL52. Sente-se muito culpado(a)
0	1	2	CL21. Destroi coisas de sua família ou de outros	CL53. Come exageradamente
0	1	2	CL22. É desobediente em casa	CL54. Sente-se cansado(a) demais sem motivo
0	1	2	CL23. É desobediente na escola	CL55. Está gordo(a), acima do peso
0	1	2	CL24. É difícil para comer	CL56. Tem problemas físicos de fundo emocional (sem causa médica):
0	1	2	CL25. Não se dá bem com outras crianças	CL56a. Dores (exceto de cabeça ou de estômago)
0	1	2	CL26. Não se arrepende depois de se comportar mal	CL56b. Dores de cabeça
0	1	2	CL27. Sente ciúme ou inveja com facilidade	CL56c. Náuseas, enjôos
0	1	2	CL28. Desrespeita as regras em casa, na escola ou em outros lugares	CL56d. Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos)
0	1	2	CL29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola	CL56e. Problemas de pele
0	1	2	CL30. Tem medo da escola	CL56f. Dores de estômago ou de barriga
0	1	2	CL31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má	CL56g. Vômitos
0	1	2	CL32. Acha que tem que fazer tudo perfeito	CL56h. Outros (descreva):

0 = Não é verdadeiro (tanto quanto sabe)			1 = Um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira	2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira
0	1	2	CL57. Ataca fisicamente as pessoas	0 1 2 CL86. É teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de se irritar
0	1	2	CL58. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo	0 1 2 CL87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
0	1	2	CL59. Mexe nas partes íntimas em público	0 1 2 CL88. Fica emburrado(a) facilmente
0	1	2	CL60. Mexe demais nas partes íntimas	0 1 2 CL89. É desconfiado(a)
0	1	2	CL61. Não vai bem na escola	0 1 2 CL90. Xinga ou fala palavrões
0	1	2	CL62. É desastrado(a), desajeitado(a) (má coordenação motora)	0 1 2 CL91. Fala que vai se matar
0	1	2	CL63. Prefere estar com crianças mais velhos	0 1 2 CL92. Fala ou anda dormindo
0	1	2	CL64. Prefere estar com crianças mais novos	0 1 2 CL93. Fala demais
0	1	2	CL65. Recusa-se a falar	0 1 2 CL94. Gosta de gozar dos outros
0	1	2	CL66. Repete as mesmas ações várias vezes seguidas; compulsões	0 1 2 CL95. Faz birra, tem acessos de raiva ou é esquentado (a)
0	1	2	CL67. Foge de casa	0 1 2 CL96. Pensa demais em sexo
0	1	2	CL68. Grita muito	0 1 2 CL97. Ameaça as pessoas
0	1	2	CL69. É reservado(a), fechado(a), não conta suas coisas para ninguém	0 1 2 CL98. Chupa o dedo
0	1	2	CL70. Vê coisas que não existem	0 1 2 CL99. Fuma cigarro ou masca fumo
0	1	2	CL71. Fica sem jeito na frente das pessoas com facilidade, preocupado(a) com que os outros vão pensar dele (a)	0 1 2 CL100. Tem problemas com o sono
0	1	2	CL72. Põe fogo nas coisas	0 1 2 CL101. Mata aula, cabula, gazeia
0	1	2	CL73. Tem problemas sexuais	0 1 2 CL102. É pouco ativo(a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia
0	1	2	CL74. Gosta de se exibir, fazer palhaçadas	0 1 2 CL103. É infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	CL75. É muito acanhado(a) ou tímido(a)	0 1 2 CL104. É barulhento(a) demais
0	1	2	CL76. Dorme menos que a maioria das crianças	0 1 2 CL105. Usa drogas (excluir álcool e tabaco)
0	1	2	CL77. Dorme mais que a maioria das crianças durante o dia e/ou durante a noite	0 1 2 CL106. Comete atos de vandalismo
0	1	2	CL78. É desatento(a) ou distrai-se facilmente	0 1 2 CL107. Faz xixi na calça
0	1	2	CL79. Tem problemas de fala	0 1 2 CL108. Faz xixi na cama
0	1	2	CL80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio"	0 1 2 CL109. Choramanga
0	1	2	CL81. Rouba em casa	0 1 2 CL110. Gostaria de ser do sexo oposto
0	1	2	CL82. Rouba fora de casa	0 1 2 CL111. Isola-se, não se relaciona com os outros
0	1	2	CL83. Junta muitas coisas que não precisa e que não servem para nada	0 1 2 CL112. É muito preocupado(a)
0	1	2	CL84. Tem comportamento estranho	0 1 2 CL113. Por favor, algum outro problema do seu filho(a) que não tenham sido mencionados na lista acima:
0	1	2	CL85. Tem idéias estranhas	

TERCEIRA PARTE

comportamentos e emoções, só que agora sobre você, durante toda a sua vida.

Seção 9 – MINI

[LEIA] Agora vamos fazer uma série de perguntas sobre você. Se o pai e a mãe estiverem respondendo até aqui, faça essa entrevista com o cuidador que passa mais tempo com a criança nas últimas semanas.

[ENTREVISTADOR] INICIE O PROTOCOLO MINI.

MA. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

MA1	[LEIA] Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), para baixo, durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MA2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MA1 OU MA2 SÃO COTADAS SIM ?		() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO (MC)	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MA3		
MA3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:				
MA3a	O seu apetite (vontade de comer) ou seu peso mudaram muito, para mais ou para menos, sem que o tenha desejado? COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MA3b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MA3c	Falou ou movimentou-se mais devagar do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e sem conseguir ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MA3d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MA3e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MA3f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MA3g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM MA3 ?		() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MA4a		
MA4a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE MA3a à MA3g]?	() 0 NÃO ↓ VÁ PARA MA5	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MA4b		
MA4b	Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse?	() 0 NÃO	() 1 SIM		
MA5	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO	(2) MODERADO	(3) MUITO
MA6	Você teve sintomas como esses que falamos agora logo após o nascimento de [nome da criança]? Quanto?	() 0 NÃO	(1) POUCO	(2) MODERADO	(3) MUITO
MA7	Que idade tinha quando apresentou, pela primeira vez, os sintomas de depressão de que falamos?	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block;"></div> anos			
MA8	Alguma vez procurou tratamento para esses sintomas?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO		

136

136

MC. RISCO DE SUICÍDIO

[LEIA] Durante o último mês:			
MC1	Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MC2	Quis fazer mal a si mesmo(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MC3	Pensou em se matar?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MC4	Pensou numa maneira de se matar?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MC5	Tentou se matar?	() 0 NÃO	() 1 SIM
Ao longo da sua vida:			
MC6	Já fez alguma tentativa de se matar?	() 0 NÃO	() 1 SIM
HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTAS "SIM" DE MC1 A MC6 ?		() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MC7
MC7	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO
		(2) MODERADO	(3) MUITO
MC8	Que idade tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?	<input type="text"/> anos	
MC9	Alguma vez procurou ajuda de um médico ou psicólogo para essa situação?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO

137

MD. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

MD1a	[LEIA] Alguma vez teve um período em que se sentia: <ul style="list-style-type: none"> tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado normal? SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), pra cima, ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	() 0 NÃO ↓ VÁ PARA MD2A	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MD1B
MD1b	Sente-se atualmente eufórico(a) ou cheio(a) de energia?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MD2a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que xingava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a) que as outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	() 0 NÃO ↓ VÁ PARA QUADRO CINZA	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MD2b
MD2b	Sente-se continuamente irritável atualmente?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MD1a OU MD2a SÃO COTADAS "SIM" ?		() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MD3
MD3	SE MD1b OU MD2b = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL SE MD1b E MD2b = "NÃO": EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável:		
MD3a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MD3b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se descansado(a) com apenas poucas horas de sono)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MD3c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MD3d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MD3e	Distraía-se com tanta facilidade que qualquer interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MD3f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MD3g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar dinheiro demais, dirigir de forma imprudente, ter mais atividade sexual do que o habitual para você...)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM MD3 ?		() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MD4
MD4	Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana lhe causando dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas? COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MD5
MD5	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA (1) POUCO (2) MODERADO (3) MUITO	
MD6	Que idade tinha quando apresentou, pela primeira vez, esses sintomas de que falamos?	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> anos	
MD7	Alguma vez procurou tratamento para esses sintomas?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO

ME. TRANSTORNO DO PÂNICO

ME1a	[LEIA]Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu de uma hora para a outra: <ul style="list-style-type: none"> • muito ansioso(a), • muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim?	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ME1b
ME1b	Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos ?	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ME2
ME2	Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/sem motivo?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME3	Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME4	Durante o episódio em que se sentiu pior:		
ME4a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME4b	Transpirou (suou) ou ficou com as mãos úmidas?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME4c	Teve tremores ou contrações musculares?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME4d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se sufocado(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME4e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME4f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME4g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME4h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME4i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado(a) de todo seu corpo ou de uma parte dele?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME4j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME4k	Teve medo de morrer?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME4l	Teve dormências ou formigamentos no corpo?	() 0 NÃO	() 1 SIM
ME4m	Teve ondas de frio ou de calor?	() 0 NÃO	() 1 SIM
HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM ME4?		() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ME5
ME5	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MA6	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO
		(2) MODERADO	(3) MUITO
MA7	Que idade tinha quando apresentou, pela primeira vez, essas crises de ansiedade de que falamos?	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> anos	
MA8	Alguma vez procurou tratamento para esses sintomas?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO

MF. AGORAFOBIA

MF1	[LEIA] Sente particularmente ansioso(a) ou desconfortável : <ul style="list-style-type: none"> • em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar • ou, ainda, em que é difícil ter ajuda: <ul style="list-style-type: none"> ○ como estar numa multidão, ○ esperando numa fila, ○ longe de casa ou sozinho(a) em casa, ○ atravessando uma ponte, ○ dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião? 	☐ 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	☐ 1 SIM ↓ VÁ PARA MF2		
MF2	Tem tanto medo dessas situações que na prática: <ul style="list-style-type: none"> • evita elas, • sente um forte mal-estar quando as enfrenta • ou procura estar acompanhado(a) ao ter que passar por elas? 	☐ 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	☐ 1 SIM ↓ VÁ PARA MF3		
MF3	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	☐ 0 NADA	☐ 1 POUCO	☐ 2 MODERADO	☐ 3 MUITO
MF4	Que idade tinha quando apresentou, pela primeira vez, esses sintomas de ansiedade nessas situações de que falamos?	<input type="text"/> anos			
MF5	Alguma vez procurou tratamento para esses sintomas?	☐ 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	☐ 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO		

140

MG. FOBIA SOCIAL

MG1	[LEIA] Durante o último mês: • teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, • OU teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais, como por exemplo: ○ quando devia falar diante de um grupo de pessoas ○ comer com outras pessoas ou em locais públicos ○ escrever quando alguém estava olhando ○ ou conhecer novas pessoas em uma festa?	☐ 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	☐ 1 SIM ↓ VÁ PARA MG2
MG2	Acha que esse medo é exagerado ou sem explicação?	☐ 0 NÃO	☐ 1 SIM
MG3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um forte mal-estar quando tem que passar por elas?	☐ 0 NÃO	☐ 1 SIM
MG4	Esse medo lhe causa um sofrimento importante ou atrapalha de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	☐ 0 NÃO	☐ 1 SIM
MG2, MG3 OU MG4 É COTADA "SIM"?		☐ 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	☐ 1 SIM ↓ VÁ PARA MG5
MG5	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA (1) POUCO (2) MODERADO (3) MUITO	
MG6	Que idade tinha quando apresentou, pela primeira vez, esses sintomas de ansiedade nessas situações de que falamos?	<input type="text"/>	anos
MG7	Alguma vez procurou tratamento para esses sintomas?	☐ 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	☐ 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO

141

MJ. ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ALCOOL

MJ1	[LEIA] Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu:	() 0 NÃO	() 1 SIM
	<ul style="list-style-type: none"> • pelo menos 5 latas de cerveja • OU 1 garrafa de vinho • OU 3 doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de 3 horas ?	→ PULE A SEÇÃO	↓ VÁ PARA MJ2
MJ2	Nos últimos 12 meses:		
MJ2a	Percebeu que precisava beber quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MJ2b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado(a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	() 0 NÃO	() 1 SIM
MJ2c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MJ2d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MJ2e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MJ2f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MJ2g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MJ3	Durante os últimos 12 meses:		
MJ3a	Ficou "bêbado" ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	() 0 NÃO	() 1 SIM
MJ3b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MJ3c	Por várias vezes teve problemas legais ou com a polícia como uma condenação ou uma prisão porque tinha bebido?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MJ3d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MJ4	O quanto o uso do álcool causou de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO (2) MODERADO (3) MUITO
MJ5	Que idade tinha quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez por conta própria?	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 20px; display: inline-block;"></div> anos	
MJ6	Alguma vez procurou ajuda para parar de beber?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO

MK. ABUSO/DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS (NÃO-ALCOÓLICAS)**[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C19**

MK1	[LEIA] Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos. Eu gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses: <ul style="list-style-type: none"> usou <u>várias vezes</u> uma destas substâncias para: <ul style="list-style-type: none"> para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado(a)”? 	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MK1a
		[ENTREVISTADOR] NÃO CONSIDERE O USO DE SUBSTÂNCIAS PRESCRITAS PARA UMA CONDIÇÃO CLÍNICA. POR EXEMPLO: MORFINA PARA UM DOENTE COM DOR FÍSICA.	

143

[ENTREVISTADOR] ANOTE CADA SUBSTÂNCIA UTILIZADA ABAIXO.

MK1a	(A) ESTIMULANTES: () 1 anfetaminas, () 2 “bolinha”, () 3 “rebite”, () 4 ritalina, () 5 pilulas anorexígenas ou () 6 tira-fome.	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK1b	(B) COCAÍNA: () 1 “coca”, () 2 pó, () 3 “neve”, () 4 “branquinha”, () 5 pasta de coca, () 6 merla, () 7 crack, () 8 pedra	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK1c	(C) OPIÁCEOS: () 1 heroína, () 2 morfina, () 3 pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), () 4 codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), () 5 meperidina (Dolantina®, Demerol®), () 6 propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), () 7 fentanil (Inoval®)	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK1d	(D) ALUCINOGENOS: () 1 L.S.D., () 2 “ácido”, () 3 mescalina, () 4 PCP, () 5 êxtase (MDMA), () 6 cogumelos, () 7 “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), () 8 Artane®.	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK1e	(E) SOLVENTES VOLÁTEIS: () 1 “cola”, () 2 éter, () 3 “lança perfume”, () 4 “cheirinho”, () 5 “lolô”	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK1f	(F) CANNABINÓIDES: () 1 cannabis, () 2 “erva”, () 3 maconha, () 4 “baseado”, () 5 hashish, () 6 THC, () 7 bangh, () 8 ganja, () 9 diamba, () 10 marijuana, () 11 marihuana	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK1g	(G) SEDATIVOS: () 1 Valium®, () 2 Diazepam®, () 3 Dienpax®, () 4 Somalium®, () 5 Frisium®, () 6 Psicosedin®, () 7 Lexotan®, () 8 Lorax®, () 9 Halcion®, () 10 Frontal®, () 11 Rohypnol®, () 12 Urbanil®, () 13 Sonebon®, () 14 barbitúricos	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK1h	(H) ANABOLIZANTES: () 1 Anabolizantes, () 2 esteróides, () 3 bomba	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK1i	(I) REMÉDIO PARA DORMIR 1 Qual o mais utilizado? _____ (CONFORME DECLARADO)	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK1j	(J) REMÉDIO PARA EMAGRECER, SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA 1 Qual o mais utilizado? _____ (CONFORME DECLARADO)	() 0 NÃO	() 1 SIM

MK1k Qual substância dessas de que falamos até agora, causou mais **problemas** na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares? ANOTE A LETRA E O NÚMERO CORRESPONDENTE
 [SE NENHUMA CAUSOU PROBLEMA, ANOTE A MAIS CONSUMIDA]
 SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS → SERÁ INVESTIGADA APENAS A SUBSTÂNCIA QUE CAUSA MAIOR PROBLEMA CONFORME MK1K

LETRA

NÚMERO

MK2 **Considerando o seu consumo de [NOME DA SUBSTÂNCIA], durante os últimos 12 meses:**

MK2a	Percebeu o uso de doses cada vez maiores para obter o mesmo efeito?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK2b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso(a), irritável ou	() 0 NÃO	() 1 SIM

143

	deprimido(a))? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO		
MK2c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA], frequentemente consumia mais do que pretendia ?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK2d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA]?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK2e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) [SUBSTÂNCIA], usando a [SUBSTÂNCIA], ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA], ou ainda pensando nessa [SUBSTÂNCIA]?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK2f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) [SUBSTÂNCIA]?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK2g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK3	Durante os últimos 12 meses:		
MK3a	Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado(a)" com [SUBSTÂNCIA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK3b	Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK3c	Por várias vezes teve problemas legais ou com a polícia como uma condenação ou uma prisão porque tinha usado [SUBSTÂNCIA]?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK3d	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA] mesmo sabendo que esta(s) [SUBSTÂNCIA] lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MK4	O quanto o uso dessa substância causou de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO
		(2) MODERADO	(3) MUITO
MK5	Que idade tinha quando experimentou [SUBSTÂNCIA] pela primeira vez?	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> anos	
MK6	Alguma vez procurou ajuda para parar de usá-la?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO

ML. SÍNDROME PSICÓTICA

[ENTREVISTADOR] ESSE MÓDULO DO INSTRUMENTO É MUITO PECULIAR. NÓS PERGUNTAREMOS ACERCA DE UMA SÉRIE DE EXPERIÊNCIAS INCOMUNS, QUE SÓ DEVEM SER CONSIDERADAS SINTOMAS, SE FOREM MUITO DIFERENTES DA CULTURA DO LOCAL. ALÉM DISSO, AO FINAL DA ENTREVISTA PEDIREMOS PARA VOCÊ DAR A SUA OPINIÃO ACERCA DO COMPORTAMENTO E COLABORAÇÃO DESSA PESSOA.

→ (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)

PARA CADA UMA DAS QUESTÕES ABAIXO, SERÁ PEDIDO PARA QUE SEJA DIFERENCIADO UM SINTOMA QUE É BIZARRO OU NÃO BIZARRO. OBSERVE AS DEFINIÇÕES ABAIXO DO QUE SÃO DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES BIZARRAS.

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA. **ALUCINAÇÕES BIZARRAS**: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

145

		[ENTREVISTADOR]: ASSINALE APENAS 1 OPÇÃO DAS 3 COLUNAS		
		NÃO	SIM	SIM, BIZARRO
[LEIA] Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.				
ML1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando/tramando contra você ou tentando lhe fazer mal ? [ENTREVISTADOR] EXPLORAR O SINTOMA	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML2a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML1b	() 2 SIM ↓ VÁ PARA ML1b
ML1b	SE SIM: Hoje em dia acredita nisso?	() 0 NÃO ↓ VÁ PARA ML2a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML2a	() 2 SIM → PULE P/ ML6a
ML2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra(s) pessoa(s)?	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML3a		() 2 SIM ↓ VÁ PARA ML2b
ML2b	SE SIM: Hoje em dia acredita nisso?	() 0 NÃO ↓ VÁ PARA ML3a		() 2 SIM → PULE P/ ML6a
ML3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior, como um espírito, colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava sendo possuído? COTAR "SIM" APENAS SE ESSAS IDÉIAS SÃO MUITO FORA DA REALIDADE OU MUITO DISTOANTES DA CULTURA E RELIGIÃO DO SUJEITO QUE ESTÁ SENDO ENTREVISTADO.	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML4a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML3b	() 2 SIM ↓ VÁ PARA ML3b
ML3b	SE SIM: Hoje em dia acredita nisso?	() 0 NÃO ↓ VÁ PARA ML4a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML4a	() 2 SIM → PULE P/ ML6a
ML4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais, direcionadas a você, através da televisão, do rádio ou do jornal? Ou já teve a impressão de que alguém que você não conhecia pessoalmente estava interessado em você de maneira especial?	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML5a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML4b	() 2 SIM ↓ VÁ PARA ML4b
ML4b	SE SIM: Hoje em dia acredita nisso?	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML5a	() 1 SIM ↓ PULE P/ ML5a	() 2 SIM → PULE P/ ML6a
ML5a	Alguma vez você teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam, ou não concordavam, com você? COTAR "SIM" APENAS SE ESSAS IDÉIAS SÃO MUITO FORA DA REALIDADE OU MUITO DISTOANTES DA CULTURA E RELIGIÃO DO SUJEITO QUE ESTÁ SENDO ENTREVISTADO.	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML6a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML5b	() 2 SIM ↓ VÁ PARA ML5b
ML5b	SE SIM: Hoje em dia eles acham suas idéias estranhas?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 2 SIM

145

ML6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? [ENTREVISTADOR] NÃO CONSIDERAR SE O ENTREVISTADOR RESPONDER "TER A IMPRESSÃO DE QUE ALGUÉM CHAMOU O NOME, SEM QUE EXISTA DE FATO ALGUÉM CHAMANDO". ISSO É UMA EXPERIÊNCIA COMUM QUE NÃO REPRESENTA ALUCINAÇÃO → NESSE CASO MARCAR "NÃO"	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML7a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML6a1	
ML6a1	SE SIM: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos, davam-lhe ordens ou você ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	() 0 NÃO		() 2 SIM
ML6a2	SE SIM: Ouviu essas coisas/vozes no último mês?	() 0 NÃO ↓ VÁ PARA ML7a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML7a	() 2 SIM ↓ PULE P/ ML8a
ML7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" APENAS SE ESSAS IDÉIAS SÃO MUITO FORA DA REALIDADE OU MUITO DISTOANTES DA CULTURA E RELIGIÃO DO SUJEITO QUE ESTÁ SENDO ENTREVISTADO. [ENTREVISTADOR] NÃO CONSIDERAR SE O ENTREVISTADOR RESPONDER "TER A IMPRESSÃO DE VER UM VULTO PASSANDO COM O CANTO DOS OLHOS E SEM NITIDEZ". ISSO É UMA EXPERIÊNCIA COMUM QUE NÃO REPRESENTA ALUCINAÇÃO → NESSE CASO MARCAR "NÃO"	() 0 NÃO ↓ PULE P/ ML8a	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML7b	() 2 SIM ↓ VÁ PARA ML7b
ML7B	SE SIM: Teve essas visões no último mês?	() 0 NÃO	() 1 SIM	() 2 SIM
PARA USO DO ENTREVISTADOR RESPOSTAS BASEADAS APENAS NA SUA OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADO DURANTE A ENTREVISTA				
ML8	NO SEU JULGAMENTO, O ENTREVISTADO TEM <u>GRAVES</u> DIFICULDADES EM RESPONDER AS QUESTÕES DE FORMA COERENTE, ISTO É, O QUE ELE RESPONDE PARECE " <u>NÃO FAZER NENHUM SENTIDO</u> " COM A REALIDADE?	() 0 NÃO	() 1 SIM UM POUCO	() 2 SIM TOTALMENTE
ML9	NO SEU JULGAMENTO, O ENTREVISTADO TEM UM COMPORTAMENTO <u>MUITO ESQUISITO</u> OU <u>ESTRANHQ</u> OU <u>ESTÁ TÃO PARALISADO</u> QUE NÃO RESPONDE AO QUE VOCÊ PERGUNTA NA MAIORIA DAS VEZES?	() 0 NÃO	() 1 SIM UM POUCO	() 2 SIM TOTALMENTE
ML10	NO SEU JULGAMENTO, O ENTREVISTADO NÃO DEMONSTRA NENHUMA "EMOÇÃO" AO RESPONDER AS PERGUNTAS (COMO SE RESPONDESSE TUDO NUM MESMO "TOM"), EXPLICA POUCO OU QUASE NADA ACERCA DO QUE VOCÊ PERGUNTA OU PARECE ESTAR "SEM ENERGIA" DURANTE A ENTREVISTA?	() 0 NÃO	() 1 SIM UM POUCO	() 2 SIM TOTALMENTE
HÁ PELO MENOS <u>1 RESPOSTA</u> SIM DE ML1 A ML10?		() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA ML11	
ML11	Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, ocorreram SOMENTE durante algum período(s) em que você se sentiu deprimido(a), eufórico(a) ou continuamente irritável?	() 0 NÃO	() 1 SIM	
ML12	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO MODERADO	(2) (3) MUITO
ML13	Que idade tinha quando os sintomas apareceram pela primeira vez?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Anos		
ML14	Alguma vez procurou ajuda para lidar com eles?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO	

146

146

MO. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

MO1a	[LEIA] Durante os últimos 6 meses:	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MO1b
	<ul style="list-style-type: none"> • sentiu-se preocupado(a), inquieto(a), • ansioso(a) demais com relação a vários problemas do dia-a-dia, como no trabalho, escola, casa, familiares e amigos • ou teve a impressão <u>ou</u> lhe disseram que se preocupava demais com tudo ? 		
MO1b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MO2
MO2	Tem dificuldade em controlar essas preocupações (essa ansiedade) ou ela(s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM ↓ VÁ PARA MO3
MO3	Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:		
MO3a	Sentia-se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MO3b	Tinha os músculos tensos?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MO3c	Sentia-se cansado(a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MO3d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos”?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MO3e	Sentia-se particularmente irritável?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MO3f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MO4	O quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, trabalho, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO (2) MODERADO (3) MUITO
MO5	Que idade tinha quando apresentou, pela primeira vez, essas preocupações e sintomas de que falamos?	<input type="text"/> anos	
MO6	Alguma vez procurou tratamento para esses sintomas?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO

MW. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

MW5	[LEIA] Quando criança:		
MW5a	Era muito ativo(a), inquieto(a), agitado(a), impaciente, estava sempre "a todo vapor"?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW5b	Era desatento(a) e se distraía com facilidade?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW5c	Era incapaz de se concentrar na escola ou quando fazia tarefas de casa?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW5d	Não conseguia terminar as coisas como tarefas escolares, projetos, etc?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW5e	Tinha o pavio curto, era irritável ou tendia a ser explosivo(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW5f	As coisas tinham que ser repetidas várias vezes para você para que as fizesse?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW5g	Tendia a ser impulsivo(a), a agir sem pensar nas consequências?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW5h	Tinha dificuldades de esperar a sua vez, precisando sempre ser o(a) primeiro(a)?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW5i	Metia-se em brigas ou aborrecia/ incomodava outras crianças?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW5j	Teve reclamações da escola sobre seu comportamento?	() 0 NÃO	() 1 SIM
	HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W5?	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM → VÁ PARA MW6
MW6	Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos começaram antes dos 07 anos de idade ?	() 0 NÃO → PULE A SEÇÃO	() 1 SIM → VÁ PARA MW6a
MW6a	Na infância, o quanto esses sintomas causaram de problemas na sua vida em geral, contando escola, em casa ou com seus amigos ou familiares?	(0) NADA	(1) POUCO (2) MODERADO (3) MUITO
MW6c	Na infância, alguma vez recebeu tratamento para esses sintomas?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7	Quando adulto:		
MW7a	Ainda é muito distraído(a) ?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7b	É intrometido(a), ou diz coisas para amigos, ou no trabalho ou em casa, das quais se arrepende depois?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7c	É impulsivo(a), ainda que tendo melhor controle do que quando era criança?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7d	Ainda é muito inquieto(a), agitado(a), impaciente, está sempre "a mil por hora", ainda que tendo melhor controle do que quando era criança?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7e	Ainda é irritável e fica muito enraivecido(a) sem necessidade?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7f	Ainda é impulsivo(a), por exemplo, tende a gastar mais dinheiro do que realmente deveria?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7g	Tem dificuldades de organizar seu trabalho?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7h	Tem dificuldades de se organizar mesmo fora do seu trabalho?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7i	É subempregado(a) ou trabalha aquém de suas possibilidades, isto é, tem capacidades para exercer uma função melhor, mas não consegue?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7j	Não tem o êxito/ o sucesso que corresponde às expectativas que as pessoas têm em relação às suas habilidades / capacidades ?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7k	Mudou de emprego ou foi demitido(a) mais frequentemente que outras pessoas?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7l	Sua(seu) companheira(o) queixa-se de sua falta de atenção em relação a ela(e) e/ou a família?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7m	Divorciou-se duas ou mais vezes, ou trocou de parceiro(a)s mais frequentemente que outras pessoas?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW7n	Sente-se às vezes como se estivesse numa neblina, ou como uma TV com chuveiro ou fora de foco?	() 0 NÃO	() 1 SIM
MW8	Esses comportamentos lhe causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações: na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?	() 0 NÃO → PRÓXIMA SEÇÃO	() 1 SIM → PRÓXIMA SEÇÃO

148

148

Seção 10 – DYBOCS

[LEIA]. Não é incomum que as pessoas tenham pensamentos ou imagens repetitivos, intrusivos, e que causam ansiedade, sobre algo ruim que possa acontecer.

Por favor, responda as perguntas a seguir com SIM ou NÃO e, no caso da resposta ser positiva (SIM), classifique a gravidade desses pensamentos e comportamentos em: Mínima, Leve, Moderada, Grave, Muito Grave

Para avaliar a gravidade leve em conta a frequência (quanto tempo esses sintomas ocupam em sua vida), interferência nas atividades de lazer/ trabalho e sofrimento/ incômodo que os mesmos causam.

[ENTREVISTADOR] MOSTRAR C20 DE DYBC1A A DYBC13A

Alguma vez (ou atualmente) você já teve algum dos pensamentos e/ou comportamentos listados nas questões abaixo?

149

DYBC1.

- Pensamentos perturbadores de que algo muito ruim (com conteúdo agressivo ou violento) possa acontecer com você ou com alguém da sua família.
- OU imagens terríveis de algo ruim que poderia acontecer.
- OU preocupações com você ser o possível responsável por algo ruim que aconteça a eles.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC1a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC2.

- Necessidade de checar e re-chechar coisas para se certificar de que a pessoa com a qual você estava preocupado está bem;
- OU necessidade de evitar lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de pensamentos de que algo ruim possa acontecer com você ou com algum familiar.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC2a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC3.

- Pensamentos perturbadores sobre coisas relacionadas com religião ou com o certo/errado.
- OU preocupação de que poderia ser considerado responsável ou culpado por algo terrível perante Deus.

() 1 SIM; () 0 NÃO; (99) NÃO SABE

DYBC3a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC4.

- Necessidade de fazer algo repetidamente, como rezar o tempo todo, para desfazer ou neutralizar pensamentos de conteúdo religioso.
- OU necessidade de checar e re-chechar algo para se certificar de que não há nada de errado de natureza religiosa.
- OU evitar alguns lugares ou coisas para prevenir pensamentos incômodos de conteúdo religioso ou de moralidade (certo/errado).

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC4a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

DYBC5.

- Pensamentos perturbadores sobre comportamentos sexuais.
- OU preocupação de que poderia ser considerado responsável ou culpado por algo terrível relacionado a sexo.

() 1 Sim; () 0 Não; () 99 NÃO SABE

DYBC5a. Se sim, qual a gravidade? () 1 Mínima; () 2 Leve; () 3 Moderada; () 4 Grave; () 5 Muito Grave

149

9 Referências

9 REFERÊNCIAS

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP): Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(1):98-113.

Achenbach TM. Integrative guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychology, 1991.

Alvarenga PG, Cesar RC, Moriyama TS, Torres AR, Leckman JF, Hoexter MQ, Manfro GG, Polanczyk GV, Miguel EC, do Rosario MC. Obsessive-compulsive symptom dimensions in a population-based, two-site, cross-sectional sample of school-aged children (submetido A).

Alvarenga PG, de Mathis MA, Hounie AG, Rosário MC. An update of early-onset obsessive-compulsive disorder (submetido B).

Alvarenga PG, Morais RM, Ahsbar FR, de Mathis MA, Oki F, Zambori D, MoraisI, Castro LL, Labadia E, Borcato S, Fatori F, Silva RT, Pessoa L, Petribú K, Rohde LA, Polanczik GV, March JS, Miguel EC, Shavitt R. Developing adaptive treatment strategies for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: rationale and feasibility (submetido C).

Alvarenga PG, Hounie AG, Mercadante MT, Diniz JB, Salem M, Spina G, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder in heart disease patients with and without rheumatic fever history. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2006;18(3):405-8.

Alvarenga PG, Hounie AG, Mercadante MT (2007). Obsessive compulsive disorder: historical overview. In: Storch E, Geffken G, Murphy T (Eds.). *Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder*. New York, Routledge; 1-21.

Alvarenga PG, Hounie AG, Miguel EC. The role of group A beta-hemolytic streptococcal infection in neuropsychiatric disorders. *Pediatrics*. 2008;122(5):1157.

Alvarenga PG, Flores AC, Torres AR, Hounie AG, Fossaluza V, Gentil AF, Pereira CA, Miguel EC. Higher prevalence of obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(2):178-80.

Alvarenga PG, de Mathis MA, Dominguez Alves AC, do Rosário MC, Fossaluza V, Hounie AG, Miguel EC, Torres AR Clinical features of tic-related obsessive-compulsive disorder: results from a large multicenter study. *CNS Spectr.* 2012;17(2):87-93.

Alvarenga PG, Mastrorosa RS, Rosário MC. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. In: Rey JM. *The IACAPAP textbook of child and adolescent mental health.* 1st Ed. Paris, IACAPAP, 2012.

Alvarenga PG, do Rosário MC, Batistuzzo MC, Diniz JB, Shavitt RG, Duran SL, Dougherty D, Busatto G, Miguel EC, Hoexter MQ. Obsessive-compulsive symptom dimensions correlate to specific gray matter volumes in treatment-naïve patients. *J Psych Research.* 2012;46(12):1635-42.

Alsobrook II JP, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *Am J Med Genet.* 1999;88(6):669-75.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. Washington (DC), APA, 1994.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5th ed. Washington (DC), APA, 2013.

Adam Y, Meinlschmidt G, Gloster AT, Lieb R. Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(3):339-49.

Agresti A. *Categorical data analysis.* New York, NY, Wiley, 1990.

Aitchison J, Shen S. Logistic-normal distributions: some properties and uses. *Biometrika.* 1980;67:261-72.

Apter A, Pauls DL, Bleich A, Zohar AH, Kron S, Ratzoni G, Dycian A, Kotler M, Weizman A, Gadot N, Cohen DJ. An epidemiologic study of Gilles de la Tourette's Syndrome in Israel. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;50:734-8.

Berrios GE. Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Compr Psychiatry*. 1989;30(4):283-95.

Bienvenu OJ, Wang Y, Shugart YY, Welch JM, Grados MA, Fyer AJ, Rauch SL, McCracken JT, Rasmussen SA, Murphy DL, Cullen B, Valle D, Hoehn-Saric R, Greenberg BD, Pinto A, Knowles JA, Piacentini J, Pauls DL, Liang KY, Willour VL, Riddle M, Samuels JF, Feng G, Nestadt O. Sapap3 and pathological grooming in humans: Results from the OCD collaborative genetics study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2009;150B(5):710-2.

Black DW, Gaffney GR. Subclinical obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: additional results from a "high-risk" study. *CNS Spectr*. 2008;13:54-61.

Blom RM, de Bruijn C, de Graaf R, ten Have M, Denys DA. Obsessions in normality and psychopathology. *Depress Anxiety*. 2011;28(10):870-5.

Bejerot S, Mörtberg E. Do autistic traits play a role in the bullying of obsessive-compulsive disorder and social phobia sufferers? *Psychopathology*. 2009;42(3):170-6.

Bolstad WM. A set of R functions and data sets for the book Introduction to Bayesian statistics. New York, NY, John Wiley & Sons, 2007.

Bruijn C, Beun S, de Graaf R, ten Have M, Denys D. Subthreshold symptoms and obsessive-compulsive disorder: evaluating the diagnostic threshold. *Psychol Med*. 2010;40(6):989-97.

Canals J, Hernández-Martínez C, Cosi S, Voltas N. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *J Anxiety Disord*. 2012;26(7):746-52.

Chacon P, Rosario-Campos MC, Pauls DL, Hounie AG, Curi M, Akkerman F, Shimabokuro FH, de Mathis MA, Lopes AC, Hasler G, Miguel EC. Obsessive-compulsive symptoms in

sibling pairs concordant for obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2007;144B(4):551-5.

Cullen B, Brown CH, Riddle MA, Grados M, Bienvenu OJ, Hoehn-Saric R, Shugart YY, Liang KY, Samuels J, Nestadt G. Factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale in a family study of obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety.* 2007;24(2):130-8.

De Groot MH. *Probability and statistics.* 2nd Ed. Boston MA, Addison-Wesley Publishing Company, 1989.

De Mathis MA, de Alvarenga P, Funaro G, Torresan RC, Moraes I, Torres AR, Zilberman ML, Hounie AG. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(4):390-9.

De Mathis MA. *Trajetória das comorbidades no transtorno-compulsivo [Tese].* Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Evans D, Gray F, Leckman J. The rituals, fears and phobias of young children: insights from development, psychopathology and neurobiology. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1999;29(4):261-76.

Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *J Anxiety Disord.* 2000;14(3):263-79.

Feygin DL, Swain JE, Leckman JF. The normalcy of neurosis: evolutionary origins of obsessive-compulsive disorder and related behaviors. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006;30(5):854-64.

Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Berg CZ, Kalikow K, Sceery W, Shaffer D. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988;27(6):764-71.

Flament M. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Encephale.* 1990;16:311-6.

Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(6):727-34.

Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006;30(3):327-37.

Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A, Harrington H, Grisham JR, Moffitt TE, Poulton R. Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *Am J Psychiatry*. 2009;166(3):329-36.

Fullana MA, Vilagut G, Rojas-Farreras S, Mataix-Cols D, de Graaf R, Demyttenaere K, Haro JM, de Girolamo G, Lépine JP, Matschinger H, Alonso J. Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. *J Affect Disord*. 2010;124(3):291-9.

Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*. 2006 Jun;29(2):353-70.

Geller DA, Wieland N, Carey K, Vivas F, Petty CR, Johnson J, Reichert E, Pauls D, Biederman J. Perinatal factors affecting expression of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008;18(4):373-9.

Gentil AF, de Mathis MA, Torresan RC, Diniz JB, Alvarenga P, do Rosário MC, Cordioli AV, Torres AR, Miguel EC. Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: the importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug Alcohol Depend*. 2009;100(1-2):173-7.

Gonda X, Jekkel E, Varga A, Miklósi M, Forintos DP. Advantage of obsessive-compulsive symptoms from the aspect of individual selection and group selection: an evolutionary psychological approach to obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2008;10(4):225-32.

Goodman R, Ford T, Richards H, Meltzer H, Gatward R. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41:645-57.

Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, Meyer K, Kraft S, Reck C, Pukrop R, Freyberger HJ, Klosterkötter J, Falkai P, John U, Maier W, Wagner M. Familiality of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1986-92.

Grados MA, Vasa RA, Riddle MA, Slomine BS, Salorio C, Christensen J, Gerring J. New onset obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents with severe traumatic brain injury. *Depress Anxiety*. 2008;25(5):398-407.

Grisham JR, Henry JD, Williams AD, Bailey PE. Socioemotional deficits associated with obsessive-compulsive symptomatology. *Psychiatry Res*. 2010;175(3):256-9.

Grisham JR, Fullana MA, Mataix-Cols D, Moffitt TE, Caspi A, Poulton R. Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*. 2011;41(12):2495-506.

Hanna GL, Himle JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005;134(1):13-9.

Hasler G, Pinto A, Greenberg BD, Samuels J, Fyer AJ, Pauls D, Knowles JA, McCracken JT, Piacentini J, Riddle MA, Rauch SL, Rasmussen SA, Willour VL, Grados MA, Cullen B, Bienvenu OJ, Shugart YY, Liang KY, Hoehn-Saric R, Wang Y, Ronquillo J, Nestadt G, Murphy DL. Familiality of factor analysis-derived YBOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. *Biol Psychiatry*. 2007;61(5):617-25.

Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health, *Br J Psychiatry*. 2001;179:324-9.

Hsu JC. Multiple comparisons: theory and methods. London UK, Chapman & Hall/CRC, 1996.

Jannuzzi PM & Baeninger R. Qualificação socioeconômica e demográfica das classes da escala Abipeme. Rev Adm São Paulo. 1996;31(3):82-90.

Karno M, Golding, JM (1991). Obsessive-compulsive disorder. In: LN Robinson & DA Regier (Eds). Psychiatric disorders in America. New York: Free Press.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602.

Leckman JF, Mayes LC. Preoccupations and behaviors associated with romantic and parental love. Perspectives on the origin of obsessive-compulsive disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 1999;8(3):635-65.

Leckman JF, Pauls DL, Zhang H, Rosario-Campos MC, Katsoyich L, Kidd KK, Pakstis AJ, Alsobrook JP, Robertson MM, McMahon WM, Walkup JT, van de Wetering BJ, King RA, Cohen DJ. Obsessive-compulsive symptom dimensions in affected sibling pairs diagnosed with Gilles de la Tourette syndrome. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2003;116B(1):60-8.

Liang K, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. Biometrika. 1986;73 (1):13-22.

McCullagh P, Nelder JA. Generalized linear models. 2nd Edition. London UK, Chapman & Hall/CRC, 1989.

McGuire JF, Small BJ, Lewin AB, Murphy TK, De Nadai AS, Phares V, Geffken G, Storch EA. Dysregulation in pediatric obsessive compulsive disorder. Psychiatry Res. 2013;209(3):589-95.

Mahfouz AA, Al-Gelban KS, Al Amri H, Khan MY, Abdelmoneim I, Daffalla AA, Shaban H, Mohammed AA. Adolescents' mental health in Abha city, southwestern Saudi Arabia. *Int J Psychiatry Med.* 2009;39(2):169-77.

Mataix-Cols D, Junqué C, Sànchez-Turet M, Vallejo J, Verger K, Barrios M. Neuropsychological functioning in a subclinical obsessive-compulsive sample. *Biol Psychiatry.* 1999;45(7):898-904.

Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):228-38.

Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, Clark LA, Saxena S, Leckman JF, Stein DJ, Matsunaga H, Wilhelm S. Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety.* 2010;27(6):556-72.

Miguel EC, Leckman JF, Rauch S, do Rosario-Campos MC, Hounie AG, Mercadante MT, Chacon P, Pauls DL. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Mol Psychiatry.* 2005;10(3):258-75.

Milne BJ, Caspi A, Crump R, Poulton R, Rutter MR, Sears MR, Moffitt TE. The validity of the family history screen for assessing family history of mental disorders. *Am J Med Genetics.* 2009;150(1):41-9.

Nelson EC, Hanna GL, Hudziak JJ, Botteron KN, Heath AC, Todd RD. Obsessive-compulsive scale of the child behavior checklist: specificity, sensitivity, and predictive power. *Pediatrics.* 2001;108(1):E14.

Nestadt G, Samuels J, Riddle M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:358-63.

Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1990;51(Suppl):10-3.

Rosário-Campos MC. Transtorno obsessivo-compulsivo de início precoce e início tardio: características clínicas, psicopatológicas e de comorbidade [Dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

Rosário-Campos MC, Alvarenga PG, de Mathis A, Leckman JF. Obsessive-compulsive disorder in childhood. In: Banaschewski T, Rohde LA (eds): Biological child psychiatry. recent trends and developments. Basel, Karger. 2008; p. 83-95.

Rosário-Campos MC, Leckman JF, Curi M, Quatrano S, Katsovitch L, Miguel EC, Pauls DL. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005;136B(1):92-7.

Rosário-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, Katsovich L, Scahill L, King RA, Woody SR, Tolin D, Hollander E, Kano Y, Leckman JF. The dimensional yale-brown obsessive-compulsive scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry*. 2006;11(5):495-504.

Roth RM, Baribeau J. Performance of subclinical compulsive checkers on putative tests of frontal and temporal lobe memory: *J Nerv Ment Dis*. 1996;184(7):411-6.

Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15(1):53-63.

Sallet PC, de Alvarenga PG, Ferrão Y, de Mathis MA, Torres AR, Marques A, Hounie AG, Fossaluza V, do Rosario MC, Fontenelle LF, Petribu K, Fleitlich-Bilyk B. Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Int J Eat Disord*. 2010;43(4):315-25.

Salum GA, Mogg K, Bradley BP, Gadelha A, Pan P, Tamanaha AC, Moriyama T, Graeff-Martins AS, Jarros RB, Polanczyk G, do Rosário MC, Leibenluft E, Rohde LA, Manfro GG, Pine DS. Threat bias in attention orienting: evidence of specificity in a large community-based study. *Psychol Med*. 2013;43(4):733-45.

Salum GA, Sergeant J, Sonuga-Barke E, Vandekerckhove J, Gadelha A, Pan PM, Moriyama TS, Graeff-Martins AS, de Alvarenga PG, do Rosário MC, Manfro GG, Polanczyk G, Rohde

LA. Specificity of basic information processing and inhibitory control in attention deficit hyperactivity disorder. *Psychol Med.* 2014;44(3):617-31

Shams G, Foroughi E, Esmaili Y, Amini H, Ebrahimkhani N, Sheehan D, Lecrubier Y. Prevalence rates of obsessive-compulsive symptoms and psychiatric comorbidity among adolescents in Iran. *Acta Med Iran.* 2011;49(10):680-7.

Stewart SE, Rosario MC, Baer L, Carter AS, Brown TA, Scharf JM, Illmann C, Leckman JF, Sukhodolsky D, Katsoch L, Rasmussen S, Goodman W, Delorme R, Leboyer M, Chabane N, Jenike MA, Geller DA, Pauls DL. Four-factor structure of obsessive-compulsive disorder symptoms in children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(7):763-72.

Taberner J, Fullana MA, Caseras X, Pertusa A, Bados A, van den Bree M, Torrubia R, Mataix-Cols D. Are obsessive-compulsive symptom dimensions familial in nonclinical individuals? *Depress Anxiety.* 2009;26(10):902-8.

Torres AR, Fontenelle LF, Ferrão YA, do Rosário MC, Torresan RC, Miguel EC, Shavitt RG. Clinical features of obsessive-compulsive disorder with hoarding symptoms: a multicenter study. *J Psychiatr Res.* 2012;46(6):724-32.

Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, Shavitt RG, do Rosário MC, de Mathis MA, Miguel EC, Torres AR. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2013;209(2):186-95.

Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL, McKeown RE, Addy CL, et al. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33(6):782-91.

Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Waller JL, Addy CL, McKeown RE, Jackson KL, Cuffe SP. Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35(7):898-906.

Van den Heuvel OA, Remijnse PL, Mataix-Cols D, Vrenken H, Groenewegen HJ, Uylings HB, van Balkom AJ, Veltman DJ. The major symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder are mediated by partially distinct neural systems. *Brain*. 2009;132(4):853-68.

Van Hasselt FN, Tieskens JM, Trezza V, Krugers HJ, Vanderschuren LJ, Joëls M. Within-litter variation in maternal care received by individual pups correlates with adolescent social play behavior in male rats. *Physiol Behav*. 2012;106(5):701-6.

Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG, Akkerman F, Curi M, Lopes AC, Miguel EC. Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):301-7.

Vivan AD, Rodrigues L, Wendt G, Bicca MG, Braga DT, Cordioli AV. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013 Oct 18;0:0.

Voltas N, Hernández-Martínez C, Arijá V, Aparicio E, Canals J (2013). A Prospective Study of Paediatric Obsessive-Compulsive Symptomatology in a Spanish Community Sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(3):0-0.

World Health Organisation. The composite international diagnostic interview (CIDI). Authorized Core Version 1.0. Geneva, WHO, 1990.

Yandell BS. Practical data analysis for designed experiments. London UK, Chapman & Hall, 1997.

Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL, Apter A, Bleich A, Kron S, Rappaport M, Weizman A, Cohen DJ. An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31(6):1057-61.